POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE. DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Czerwiec.	ROCZNIK DZIESIĄTY.	1903.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Radcy Dworu
Prof. Wicherkiewicza
i z c. k. uniwersyteckiego zakładu mikrobiologii Prof. Dra Nowaka.

Kilka przypadków zakażenia narządu wzrokowego prątkami grypy.

Podał

DR EDMUND ROSENHAUCH
(asystent kliniki).

Od czasu poznania influency zauważono, że choroba ta co kilkanaście lat występuje epidemicznie. Zauważono również najróżnorodniejsze powikłania, jako to: zapalenie ucha środkowego, jam bocznych nosa i t. d. Również i powikłania ze strony narządu wzrokowego już w dawniejszych czasach były spostrzegane.

Przeglądając dawne księgi ambulatoryjne krakowskiej kliniki okulistycznej mogłem niejednokrotnie zauważyć wzmiankę o cierpieniu ocznem rzekomo w następstwie influency. I tak: w dwóch wypadkach wystąpiło zaostrzenie się nieżytu spojó-

wek *(conjunctivitis catarrhalis exacerbans)* wśród ogólnych objawów łamania w kościach, gorączki, dreszczów, bólów gardła.

Innym razem choroba oczna rozpoczęła się podczas epidemii influency również dreszczami i gorączką u dziecka 5-cioletniego a rozpoznanie cierpienia było: *ulcus corneae ocul. utr. perforatio, luxatio lentis, hernia corporis vitrei oc. dextr. prolapsus iridis oc. sin. probab. post influenzam.*

U 18-letniego dziewczęcia, które przybyło do kliniki i podało, że przed tygodniem przechodziło influencę, a od 5-u dni nie widzi okiem prawem, rozpoznano: *neuritis nervi optici post influenzam oc. dextr.*

Innym razem rozpoznano u 50-letniej kobiety: *conjunctivitis catarrhalis subacuta, ulcus corneae marginale oc. sin. post influenzam.* która przed dwoma tygodniami przechodziła influencę, oko się zaczerwieniło, boli.

U innej 43-letniej kobiety, u której również po influency wystąpiło zaczerwienienie i ból oka, rozpoznanie brzmiało: *conjunctivitis catarrhalis acuta, episclerilis.*

Wreszcie zgłosił się do ambulatoryum klinicznego 51-letni mężczyzna, który podawał, że po przebyciu grypy doznaje bólu w kości czołowej, a badanie kliniczne wykazało: *neuralgia nervi supraorbitalis probabiliter post influenzam.*

Nadmienić tu wypada, że wypadk te spostrzegano podczas epidemii influency.

Jednakże wszystkie te spostrzeżenia musimy przyjąć *cum grano salis*, albowiem niewykonywano wtedy jeszcze badań bakteryologicznych, które stanowią najpewniejszy dowód etyologiczny. Jakkolwiek nie chcemy zaprzeczać możności powstania zapalenia czy to nerwu ocznego, czy też nadoczodołowego, czy zapalenia tęczówki, czy też wreszcie twardówki, lub innej jakiej części składowej narządu wzrokowego na tle samych mikrobów grypy, lub też na podstawie trującego działania toksyn influency krążących we krwi, to jednak mimo to przypisujemy powyższym spostrzeżeniom tylko niewielkie znaczenie naukowe. Niema w nich bowiem pewnego dowodu, czy powstające po przebyciu grypy choroby narządu wzrokowego

nie występywały zupełnie niezależnie od siebie, a tylko przypadkowo równocześnie. Dlatego to dopiero od wykrycia mikrobów grypy przez Pfeiffera (1892) datuje się zwrot w badaniach tego cierpienia. W okulistyce pojawiają się w kilka lat potem ogłoszenia stwierdzające obecność mikrobów grypy w wydzielinie spojówkowej. Długi czas uważano bakterye te jako żyjące saprofitycznie na spojówce i w woreczku łzowym. Jednakże niebawem przekonano się, że sprawa ma się inaczej.

Nedden opisuje przypadek przedstawiający się klinicznie jako typowe zapalenie rzeżączkowe u 10-dniowego dziecka, u którego wkrótce po urodzeniu oko silnie zapuchło i poczęło ropieć. Badaniem bakteryologicznem stwierdził Nedden drobnoustój pseudoinfluency. Wkrótce potem ogłasza Jundell 9 przypadków zapalenia spojówek na tle mikrobów grypy, które zauważył 8 razy u niemowląt w pierwszym i u jednego w drugim roku życia podczas epidemii influency w Stockholmie 1900/01 roku. Z przypadków tych, sześć okazywało tylko lekkiego stopnia zapalenie, w dwóch zaczerwienienie, obrzmienie spojówek i wydzielina były obfitsze, jeden zaś przypadek zbliżał się wyglądem klinicznym do zapalenia rzeżączkowego noworodków. We wszystkich tych przypadkach znalazł Jundell bardzo liczne prątki grypy, zarówno w plwocinie, jak i w wydzielinie spojówkowej; za drogę zaś zakażenia uważa przeniesienie z ust, czy to zapomocą ręki samego dziecka, lub gąbki jakiej się do mycia używa, albo wreszcie wędrówką bakteryi przez kanał noso-łzowy. Nie wyklucza jednak możności pierwotnego zakażenia spojówki mikrobami grypy. Komplikacyi ze strony rogówki Jundell nie zauważył.

Nedden ogłaszając następnie 13 przypadków zapalenia spojówek na tle grypy, również nie dostrzegł żadnych powikłań ze strony rogówki, zwraca jednakże uwagę na inne ciekawe szczegóły.

W przeciwieństwie do Jundella spostrzegał Nedden częściej zapalenie ostre z obfitą ilością gęsto-płynnej wydzieliny, przypominającej czasem zapalenie rzeżączkowe. Trzy razy spostrzegał równocześnie z zapaleniem spojówek występujące

zapalenie oskrzeli, 3 razy zapalenie ropne woreczka łzowego, lub zapalenie błony śluzowej nosa, a 2 razy ropne zapalenie ucha środkowego, przyczem w ropie tej stwierdzono obecność takich samych drobnoustrojów, jakie zauważono w wydzielinie worka spojówkowego. W przypadkach Jundella zapalenie spojówek występywało stale następowo po influency narządu oddechowego, chociaż, jak już wspomniałem, autor nie zaprzecza możności pierwotnego zakażenia spojówki mikrobami grypy. Przypuszczenie to stało się pewnikiem dzięki badaniom Neddena, który w 5-ciu przypadkach zapalenia spojówki stwierdził bakterye influency u osobników, u których ani w danym czasie, ani przedtem żadnych objawów chorobowych ze strony innych narządów nie dostrzeżono. Dlatego to uważa Nedden zapalenie to spojówki za sprawę niezupełnie łagodną i sądzi, że do zapalenia spojówki mogą się przyłączyć schorzenia innych narządów.

Uderza nas fakt, że zapalenie spojówek na tle mikrobów influency częściej występuje u dzieci w pierwszych latach życia, a o wiele rzadziej u osobników dorosłych.

Nedden zauważył, że zapalenie to występuje tem ostrzej, im młodszy jest osobnik dotknięty tem cierpieniem, tak, że u noworodków często przybiera ono wygląd ropotoku, podczas gdy u osobników starszych zazwyczaj przebiega wśród nieznacznych objawów.

Nedden przypisuje to okoliczności, że osobniki starsze są zazwyczaj po przebyciu influency odporniejsze na jad jej drobnoustrojów, z drugiej strony kładzie to na karb skłonności niemowląt do zakażenia prątkami grypy.

Co się tyczy leczenia, to 2% roztwór azotanu srebra oddawał wspomnianym autorom dobre usługi.

Jak już wyżej nadmieniliśmy nie spostrzegał ani Jundell ani Nedden w pierwszych swych przypadkach żadnych zmian rogówkowych podczas przebiegu zapalenia spojówki na tle prątków grypy.

Pierwszą wzmiankę o owrzodzeniu rogówkowem na tle mikrobów grypy spotykamy u Neddena w r. 1906. U dwu-

letniego dziecka spostrzegał Nedden owrzodzenie zajmujące prawie cały środek rogówki, o silnem nacieczeniu; w przedniej komorze było hypopyon na 2 mm wysokie. Sprawa była zrazu bardzo oporna leczeniu, tak, że dopiero po 8-u tygodniach udało się uratować oko, na którego rogówce pozostało gęste bielmo, jako ślad przebytego zapalenia.

Prócz tego jednego opisuje Fuchs zapalenie drzewkowate rogówki, jako powikłanie grypy.

Radca Dworu Prof. Wicherkiewicz udzielił mi nadto spostrzeżeń swych z praktyki w Poznaniu, gdzie dwukrotnie spostrzegał zapalenie rogówki *(keratitis dendritica)* na tle mikrobów influency.

Spostrzeżenia te jednakże nie były ogłoszone drukiem, z jego to polecenia publikuję poniżej podany przypadek drzewkowatego zapalenia rogówki, z którego wyhodowano typowe prątki grypy.

Do częstszych stosunkowo powikłań influency należą ropnie pozagałkowe lub ropne zapalenia tkanki Tenona. Jednakże, jak dokładne badania Axenfelda dowiodły, zapalenia te, lub ograniczone ropnie powstają tylko wyjątkowo drogą przerzutową. Najczęściej mają one swe źródło w ropieniach obok znajdujących się zatok nosowych *(sinus frontalis, ethmoidalis, sphaenoidalis, antrum Highmori)*. Stąd albo przez zniszczenie ścianki kostnej, oddzielającej oczodół od wspomnianych zatok, albo też dzięki drobnym otworkom w kości służącym za kanaliki dla drobnych żył (*emissaria*) mogą mikroby przedostać się do jamy oczodołowej i tu spowodować wytworzenie się sprawy ropnej. Jak Axenfeld kilkakrotnie się przekonał, może zależność taka ropnia wśródoczodołowego od ropienia w zatokach nosowych istnieć bez jakichkolwiek objawów ze strony jamy nosowej. Zdarzało się nierzadko, że badanie jamy nosowej nie wykazało żadnego zboczenia tak że pozornie ropień pozagałkowy uważano za przerzutowy. Dopiero po nacięciu ropnia można było sondą wyczuć karyetyczną część ścianki kostnej, a w razie radykalnej operacyi przekonać się o istnieniu chronicznego zapalenia rop-

nego w samej zatoce. Często sprawa miała się i w ten sposób: Objawy zapalenia jamy bocznej nosa [np. ból w czole, w szczęce górnej, u nasady nosa, wydzielina ropna z dziurek nosowych] szybko przemijały i mogły ujść uwadze chorego; ropa znajdująca się w zatoce, z powodu zaklejenia ujścia nosowego nie mogąc więcej przedostawać się do nosa, szuka innej drogi, a znalazłszy takową czyto w istniejącym już otworku w kości ku oczodołowi zwróconej, czy też stwarzając sobie sztucznie drogę przez nadżarcie ścianki kostnej wydostaje się pod okostnę oczodołową; w następstwie tego przychodzi do wysadzenia gałki, obrzęku powiek, chemozy spojówki i t. d. Objawy nosowe szybko minęły, ustępując miejsca groźnym objawom ze strony oka. Jeśli nadto badanie jamy nosowej nie wykaże zmian chorobowych, łatwo można przypadek taki rozpoznać jako ropień przerzutowy. Dopiero badanie dokładniejsze, czy to po nacięciu ropnia, czy też po odpreparowaniu okostnej oczodołowej i dostanie się do zatoki naprowadza nas na właściwe rozpoznanie.

Birch-Hirschfeld wspomina w obszernem zestawieniu zapaleń pozagałkowych, że na 684 takich przypadków, 409 razy udało się wykazać z pewnością związek z zapaleniami zatok nosa. Najczęściej występywały powikłania oczne przy zapaleniach zatoki czołowej [*s. frontalis* 129], potem przy zapaleniu jamy *Highmora* [89], zatoki sitowej [*s. ethmoidalis* 83], zatoki skrzydlatej [*s. sphaenoidalis* 25]. Zapalenie przechodziło na tkankę oczodołową albo pośrednio wywołując zapalenie okostnej i nekrozę kości, albo wprost przez wrodzone ubytki kostne. Badania bakteryologiczne wykazywały najczęściej: *bacillus racemosus*, *serpens*, *perfringens*, *diplococcus pneumoniae, streptococcus* i *bac. influenzae.* Na 409 przypadków nastąpiło zaniewidzenie 66 [16%], śmierć 52 [12,7%] razy. Sekcya wykazała jako przyczynę śmierci 34 razy *meningitis*, 15 razy ropień w płacie czołowym mózgu, 6 razy zakrzep zatoki żylnej, 4 razy zapalenie płuc, 2 razy ogólne zakażenie.

Co się tyczy leczenia, to autor radzi zapomocą wydatnego nacięcia skóry oddzielić na większej przestrzeni okostną

od oczodołu na tępo nie naruszając zawartości samej jamy oczodołowej.

Tym sposobem udało mu się niejednokrotnie napotkać ropień podokostnowy i przez wypuszczenie ropy zapobiedz zakażeniu tkanki w jamie Tenona.

Podobnie postępuje Wicherkiewicz, który kilkakrotnie spostrzegał ropnie pozagałkowe na tle grypy; obok jednakże wypuszczenia ropy stosuje przepłukiwania jamy ropnia roztworem pyoktaniny, sposób, który z pomyślnym skutkiem stosowano także i w poniżej opisanym przypadku.

Badania kliniczne.

Najpierw opiszę w krótkości przebieg kliniczny spostrzeganych przypadków. Przy każdym zaznaczę w kilku słowach, jakie mikroby wyosobniono; dokładniejszy opis badań bakteryologicznych odkładam do następującego ustępu.

1) Grochal Anna, 14 dni. Matka zgłosiła się z nią do kliniki 20. I. 1908 i podała, że oczy dziecka ropieją silnie od pięciu dni. Przedtem miały być czyste. Matka ma białe upławy. Jestto dziecko pierwsze. Zresztą dziecko nie chorowało, ani nieżytu nosa, ani kaszlu, ani też podniesienia temperatury nie spostrzegano.

Status praesens: Lewe oko: powieki obrzękłe, wydzielina spojówkowa mierna śluzowo-ropna, spojówka sama przekrwiona, rozpulchniona. Prawe oko: zmiany podobne, lecz mniej wybitne. Prawe i lewe oko: rogówki czyste, przednie komory miernie głębokie, źrenice regularne, dobrze na światło oddziałują. Na powiekach górnych podbiegnięcia krwawe. Przy pocieraniu spojówki łatwo krwawią.

Obraz klinicznie bardzo był podobny do zapalenia rzeżączkowego noworodków, co można było tem pewniej przypuszczać, wiedząc z wywiadów, że matka ma białe upławy.

Tymczasem badanie bakteryologiczne wydzieliny spojówkowej wykazało bardzo liczne ciałka ropne, zarówno w nich, jak i pomiędzy nimi, liczne bakterye krótkie, odbarwiające się sposobem Gramma, które, jak się później na pożywkach prze-

konano tworzył prątek grypy. Prócz tego widać było w preparacie nieliczne rozrzucone, bądź w grupki ułożone kokki barwiące się sposobem Gramma, które tworzył gronkowiec nieropotwórczy biały, należący do stałych mieszkańców i fizyologicznego worka spojówkowego.

Rozpoznano zatem: zapalenie ostre spojówek, obrzęk powiek ócz obu i zastosowano leczenie azotanem srebra 1%, opłukanie, następnie maść kseroformową 3%.

Pod wpływem tego leczenia, obrzęk powiek, wydzielina i przekrwienie spojówek poczęły się szybko zmniejszać i w krótkim czasie oczy powróciły do stanu prawidłowego.

2) Kwiatkowska Janina, 3 tygodnie; matka zgłosiła się z nią 29. I. 1908 do kliniki i podała, że od 5-ciu dni oczy dziecka ropieją silnie. Zaraz po urodzeniu akuszerka nie wpuściła dziecku żadnych kropli do ócz, mimoto oczy zrazu były czyste, dopiero w 2 tygodnie po urodzeniu oczka poczęły się zalepiać, od 5 dni zaś silnie ropieją, co spowodowało matkę do szukania pomocy w klinice. Dziecko zresztą zdrowe, na oczka nie leczone; również otoczenie ma być zupełnie zdrowe.

Status praesens: prawe i lewe oko: wydzielina śluzowo-ropna obfita, łatwo krzepnąca, ciało brodawkowe przerosłe, nabrzmiałe, przy dotknięciu łatwo krwawi, spojówka gałki lekko obrzękła, rogówka czysta.

Prawe oko: powieki lekko obrzękłe, górna lekko krwawo podbiegnięta.

Badanie drobnowidowe wydzieliny spojówkowej wykazało ciałka ropne i dwojakiego rodzaju prątki: jedne leżące bądź wewnątrz ciałek białych, bądź ciałemi smugami pomiędzy niemi bardzo liczne, krótkie odbarwiały się sposobem Gramma, drugie mniej liczne, leżały tylko pomiędzy ciałkami białemi, tworząc grupki, te barwiły się sposobem Gramma. Jak później na pożywkach stwierdzono pierwsze tworzyły prątki grypy, drugie *bacillus xerosis*.

Rozpoznano: zapalenie ostre spojówek obu ócz.

Leczenie: *argentum nitricum* 1%, opłukanie, *suprarenina*, maść kseroformowa i żółta [*Hg. oxydatum flavum*, Pagen-

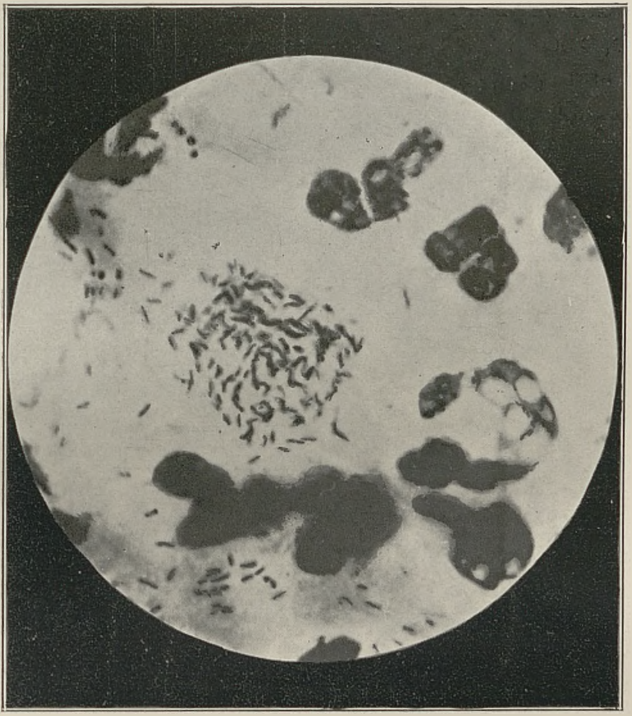


Fig. 1.

Marzec Marysia, 3 mies., (przypadek 3).

Wydzielina spojówkowa.

Powiększenie 1500 razy.

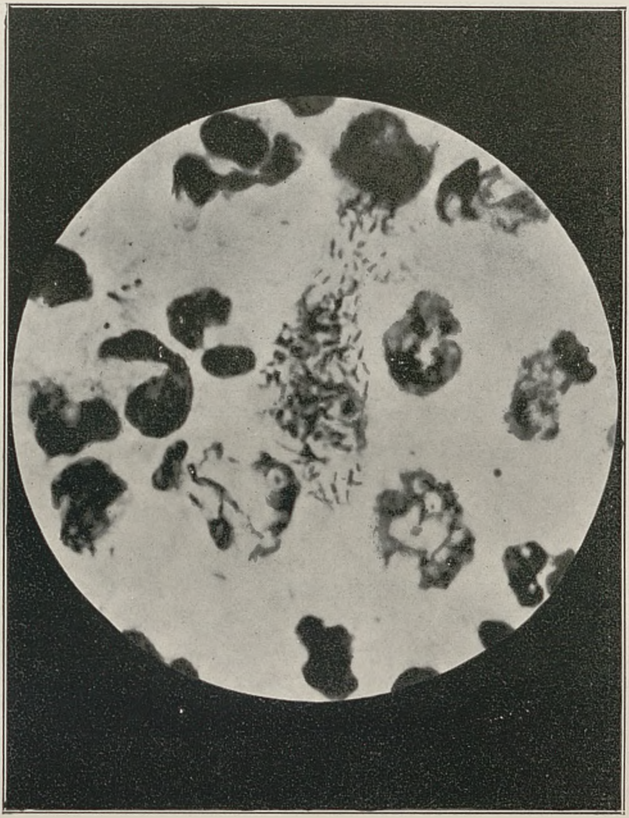


Fig. 2.

Marzec Marysia, 3 mies., (przypadek 3).

Wydzielina spojówkowa.

Powiększenie 1500 razy.

stecher] nadto, przepisano do domu: *solutio suprarenini cum acido borico.*

W krótkim czasie zmiany chorobowe ustąpiły, tylko przerost ciała brodawkowego nieco dłużej się utrzymywał. Niebawem jednak i ten też ustąpił.

3) Marzec Marysia, 3 miesiące. Matka przybyła z nią do kliniki 5. II. 1908 po poradę, ponieważ oczy od tygodnia ropieją i zrana się zalepiają. We wsi leczono ją (nie lekarz) »jakąś maścią«. ale jej nic nie pomaga. Dziecko zresztą zupełnie było zdrowe, również nikt z otoczenia w tym czasie nie chorował.

Status praesens: prawe i lewe oko: wydzielina ropna dość gęsta, ciało brodawkowe miernie przerosłe, spojówki głównie powiek przekrwione. Rogówki czyste.

W wydzielinie spojówkowej stwierdzono badaniem drobnowidowem nieliczne komórki przybłonkowe, ciałka ropne, bardzo liczne prątki krótkie, odbarwiające się sposobem Gramma i mniej liczne barwiące się tą metodą ziarenkowce, ułożone w gromadki (Fig. 1 i 2). Prątki, jak potem wzrost na pożywkach wykazał tworzył drobnoustrój grypy, a ziarenka, gronkowiec biały nieropotwórczy.

Rozpoznano zapalenie spojówek podostre ócz obu i zastosowano następujące leczenie: *argentum nitricum* 1°/₀, opłukanie. Nadto do domu przepisano okłady z rumianku, maść kseroformową i żółtą rtęciową [Pagenstecher].

W kilka dni oczy powróciły do stanu prawidłowego.

4) Kosobudzka Maryanna, 19 lat, zgłosiła się do kliniki 23. I. 1908 i podała, że od 3 dni cierpi na bóle głowy, w krzyżach i dreszcze; równocześnie z tymi objawami poczęło oko prawe puchnąć, łzawić i ropieć. Gorączki nie miała, nie ukłuła się w oko, zresztą nie chorowała. Jako dziecko również żadnych cięższych chorób nie przebywała. Była u lekarza miejscowego, który ją wysłał do kliniki.

Status praesens. Prawe oko: powieka górna obrzmiała. Wydzielina śluzowo-ropna w kąciku. Spojówka powiek miernie przekrwiona. Na gałce w górnej części ponad rogówką widzi-

my spojówkę silnie przekrwioną, najsilniej ponad wypukłością wielkości fasoli, sięgającą od przodu do brzegu rogówkowego, a ku tyłowi aż do równika gałki. Wypukłość ta jest pokryta ubytkami, przez które prześwieca zabarwienie żółtawe, zwłaszcza przy ucisku. Dotyk niebolesny. Rogówka zupełnie czysta. *Tonus normalis.*

Rozpoznano: *abscessus subconjunctivalis oculi dextri.*

Po nacięciu wypływa ciecz szaro-krwawo zabarwiona, z której przygotowano preparaty i hodowle na pożywkach.

Następnie zastosowano: *collargol* 20%, dioninę 5%, maść kseroformową i opaskę spirytusową.

25. I. Spojówka w miejscu ropnia jeszcze silnie przekrwiona, silniejsze grubsze naczynia; słabe nastrzyknięcie rzęskowe od góry.

27. I. Miejsce abscessu zapadłe choć nieco zgrubiałe. Nastrzykanie bardzo słabe, nastrzykania rzęskowego ledwie ślad.

29. I. Miejsce ropnia zapadłe. Spojówka wygładzona. Nastrzyknięcie powierzchowne i rzęskowe ustąpiło.

Przepisano do domu cynk i maść kseroformową.

Badanie drobnowidowe wydzieliny wykazało oprócz bardzo licznych ciałek czerwonych i białych krwi nieliczne kokki ułożone w grupki, bądź rozrzucone barwiące się sposobem Gramma, również barwiące się tą metodą prątki, i bardzo liczne częścią w leukocytach, częścią między nimi leżące prątki krótkie, te ostatnie odbarwiały się sposobem Gramma i przeważały ilościowo wybitnie.

Po dokładnem zbadaniu okazało się, że mikroby te są: *staphylococcus albus non pyogenes non liquefaciens*, *bacillus xerosis* i *bacillus influenzae.*

5) Rosenfeld Henryk, lat 34, tapicer, przybył do kliniki 6. II. 1908 i podał, że od 3 tygodni oko prawe czerwienieje, był już u lekarza, który mu oko to lapisował. 10 lat temu miał również przechodzić »zapalenie tego oka«. Przed 2-ma miesiącami zaziębił się, kaszlał lekko, miał katar, dreszcze i bóle w kościach.

Status praesens: lewe oko: spojówka powiek przekrwiona, na załamku wyniosłości drobne, nieregularne, niezbyt liczne, ciało brodawkowe nabrzmiałe. Spojówka gałki miernie przekrwiona, lekkie rzęskowe nastrzyknięcie. Na rogówce rynienkowaty ubytek, zaczynający się od brzegu 4—5 mm długi, przechodzi bezpośrednio w wyniosłość lekko szarą ciągnącą się ku dołowi 5—6 mm długą.

Zapomocą wyżarzonej igiełki platynowej zdjęto odrobinę nacieku szarego i przygotowano preparat i zaszczepiono na pożywkę [*agar* z krwią]. Badaniem drobnowidowem wydzieliny stwierdzono ciałka wysiękowe, *detritus* komórkowy, kokki barwiące się sposobem Gramma i odbarwiające się tą metodą prątki. Hodowle zaś wykazały obecność gronkowca białego nieropotwórczego i prątki grypy.

Rozpoznano: *keratitis dendritica oculi sinistri.*

Leczenie: *unguentum flavum* [Pagenstecher], *ung. asc.* [*atropina*, *scopolamina*, *cocaina* — Wicherkiewicz]; opaska uciskowa, wewnętrznie proszki: *chinini muriat 0,2*, *aspirinii* 0,3, 3 razy dziennie.

10. II. Dolna część owrzodzenia jeszcze nacieczona, od góry owrzodzenie czyste. Zastosowano: *ung. flavum*, *dionini*, *asc*, opaska spirytusowa.

14. II. Oko jeszcze zadrażnione, nastrzyknięcie rzęskowe naciek na rogówce wyjaśnia się głównie w górnej części.

Ponieważ chory musiał wracać do swych zajęć przepisano mu leczenie do domu: rano *ung. flavum*, na noc dioninę, i polecono udać się do miejscowego lekarza

6) Feliksiewicz Alfred, lat 22, zgłosił się do kliniki 20. II. 1906 i podał, że przed 12 dniami, rzekomo po zaziębieniu, dostał silnego kataru nosa, prawa dziurka nosowa była zupełnie zatkana. Gorączka wzmagała się coraz bardziej i dochodziła do 40·6°. Przed 8 ma dniami miał w nosie powstać pryszczyk, wtedyto wydostawała się z nosa obfita wydzielina zmieszana z krwią. Wkrótce potem poczęła górna powieka oka prawego obrzmiewać gwałtownie, a gałka naprzód wystąpiła. Lekarz wezwany rozpoznał infiuencę i leczył chorego do dnia

zgłoszenia się do kliniki. Ojciec chorego ma cierpieć na nerki, matka i rodzeństwo zdrowe. Sam chory z wyjątkiem odry w dzieciństwie żadnych cięższych chorób nie przebywał.

Status praesens: Prawe oko: Powieka górna silnie obrzękła, zaczerwieniona, pokrywa całą gałkę, dolną powiekę spycha na dół. Nabrzmienie powieki w wysokim stopniu rozchodzi się na całą okolicę łuku brwiowego i czoło. Górną powiekę tylko z trudem można unieść ku górze na jakie 7 mm. Spojówka gałki przekrwiona, rozpulchniona, w obrębie szpary powiekowej chemotyczna. Poniżej górnego brzegu oczodołowego największa wyniosłość chełbocąca. Gałka oczna przemieszczona ku dołowi i nieco ku przodowi, ruchomość jej w wysokim stopniu upośledzona. Rogówka czysta, przednia komora miernie głęboka, źrenica 4 mm średnicy, na światło oddziaływa, rysunek i barwa tęczówki utrzymane. Widzi dobrze, dokładnego zbadania wzroku nie wykonano z powodu znacznego osłabienia chorego. Ciepłota dochodzi do 38^0, tętno 108, nieco przepuszczające. Prawa dziurka nosowa zatkana. Rozpoznano: *abscessus orbitalis*, *exophthalmus oculi dextri*. Nazajutrz nacięto skórę wzdłuż górnego brzegu oczodołowego [znieczulenie *anestylem*] na 1·5 cm., wypływa gęsta, cuchnąca ropa, po wprowadzeniu sondy wyczuć można obnażoną kość.

Leczenie: po nacięciu i wypuszczeniu ropy, przestrzyknięto kwasem borowym, pyoktaniną [1:500], *seton* jodoformowy, opaska spirytusowa. Wypłukanie nosa lysolem, wewnętrznie: *chinini*, *aspirini* *ãã* 0,25, dwa razy dziennie. Wieczorem po nacięciu ciepłota powróciła do normy i potem się już nie podniosła.

Badanie bakteryologiczne wykazało liczne prątki grypy, nadto łańcuszkowce i gronkowce.

Badanie jamy nosa [w klinice Prof. Pieniążka] wykazało obrzmienie muszli średniej szczególnie w odcinku przednim, z pod muszli wydobywała się obficie ropa. Przez przetokę w powiece górnej można było wejść do jamy czołowej, także sondą wyczuć się dały miejsca karyetyczne. Zalecono

operacyę radykalną jamy czołowej [operacya Killiana], której jednak nie wykonano.

Sprawa chorobowa ciągnęła się dość długo, jednakże stopniowo pod wpływem wyżej wspomnianego leczenia objawy ustępowały. Obrzęk i zaczerwienienie powiek oraz chemoza spojówki zmniejszały się coraz bardziej, płyn wstrzykiwany do przetoki w górnej powiece przechodził następnie do nosa swobodnie, wydzieliny ropnej pokazywało się coraz mniej, aż wreszcie znikła zupełnie. Ranka w górnej powiece zabliźniła się i chory mógł opuścić klinikę.

Badanie wzroku w dzień opuszczenia kliniki wykazało:

$\sqrt{}$ Pr. o. $^6/_{12}$ nc $^6/_8$ Mp. 1 D. Sn 0,5 : 10—22 cm.
L. o. $^6/_6$ nc $^6/_6$ Mp. 0,5 D. Sn 0,5 : 10—40 cm.

Dno ócz obu prawidłowe.

W pół roku mniej więcej po opuszczeniu kliniki nastąpił nawrót tej samej sprawy chorobowej. Chory przybył do kliniki i leczony w taki sam sposób, jak za pierwszym razem, w krótkim czasie mógł opuścić klinikę. Obecnie upłynął już przeszło rok od nawrotu choroby, chory ma się dobrze.

Zestawiając wyniki badań bakteryologicznych widzimy, że w przypadku pierwszym, trzecim i piątym badanie drobnowidowe i hodowle wykazały obecność nietylko drobnoustrojów grypy, ale także gronkowców białych. Pomimo, że gronkowce te znaleziono w bardzo nieznacznej liczbie i że sam obraz wydzieliny z olbrzymią przewagą prątków grypy, już sam wystarczał, do przypisania tym ostatnim mikrobom znaczenia etyologicznego — mimoto szczepiono wyhodowane gronkowce białe morskim świnkom. Te doświadczenia dowiodły, że gronkowce te były zupełnie nieropotwórcze.

Podobnie rzecz miała się z mikrobami kserozy, jakie spotkaliśmy obok mikrobów grypy w przypadku drugim i czwartym.

Badania te dowiodły, że zarówno gronkowce białe, jak

i prątki kserozy były w tych wypadkach tylko przypadkowem zanieczyszczeniem, że były one nieszkodliwymi saprofitami.

Podobnie do obserwacyi Jundella i Neddena wystąpiło zapalenie spojówek na tle grypy w naszych przypadkach dwa razy u niemowląt w pierwszych dwóch tygodniach życia, w jednym u trzechmiesięcznego dziecka. Zapalenie to dwa razy wystąpiło w bardzo ostrej postaci ropotocznej, podobnej do zapalenia rzeżączkowego noworodków, drugi raz przybrało postać zapalenia podostrego z dość obfitą wydzieliną. Spostrzeżenia te zbliżają się bardziej do spostrzeżeń Neddena, który częściej spostrzegał ostre zapalenia spojówkowe na tle influency, w przeciwieństwie do Jundella, w którego przypadkach przebieg sprawy chorobowj był o wiele łagodniejszy. Obserwacye nasze zbliżają się do spostrzeżeń Neddena także i w tym względzie, że, tak jak on, i my dostrzegliśmy ostrzejszy przebieg u niemowląt młodszych. Przypadki bowiem przebiegające pod postacią ostrego zapalenia ropotocznego spostrzegano u dwóch niemowląt, z których jedno ukończyło drugi, a drugie trzeci tydzień życia; u dziecka trzechmiesięcznego (przypadek trzeci) zapalenie przybrało postać więcej podostrą. We wszystkich trzech przypadkach, zapalenie lokalizowało się tylko na spojówce powiek i załamka. Spojówka gałki ulegała lekkiemu tylko zadraźnieniu i to przeważnie tylko w tylnych odcinkach, sąsiadujących z załamkami. Nie zauważono w żadnym z trzech przypadków powikłań ze strony rogówki.

Jak wywiady wykazały, dzieci te nie przechodziły ani przed wystąpieniem zapalenia spojówkowego, ani równocześnie z niem żadnych chorób narządu oddechowego, narząd słuchu, o ile zbadać było można, zmian chorobowych nie przedstawiał.

Badania nasze stwierdzają zatem, że zapalenie spojówek na tle mikrobów grypy, może wystąpić pierwotnie — zdanie, które pierwszy stwierdził Nedden badaniami swemi w roku 1903. Jakkolwiek w trzech naszych przypadkach zapalenia spojówek nie stwierdziliśmy żadnych następowych powikłań w innych narządach naszych chorych, to mimoto o ewentualnych komplikacyach myśleć trzeba, i mając w pamięci spo-

strzeżenie Neddena należy sprawę tę uważać jako cierpienie poważne i energicznie zabrać się do leczenia. Czas trwania zapalenia tego jest zazwyczaj krótki, w przeciągu 10—14 dni zapalenie to szybko mija, a środkiem, który i nam oddał dobre usługi jest azotan srebrowy w rozczynie 1—2% obok maści kseroformowej, żółtej Pagenstecherowskiej.

Przypadek czwarty, w którym opisaliśmy ropień spojówkowy jest, zdaje się pierwszym, spostrzeganym na tle mikrobów grypy. Powstanie tego ropnia, możemy sobie tłumaczyć, drogą przerzutową, anamneza bowiem wykazała, że kilka dni przed wystąpieniem bólu w oku, chora przebywała prawdopodobnie influencę. Nie możemy jednak stanowczo wykluczyć innego sposobu: chora mogła bowiem zakażenie oka sprowadzić sama przez przeniesienie mikrobów z ust, palcami. Postępując wedle zasady *ubi pus, ibi evacua*, udało nam się następnie przez zastosowanie kollargolu, dioniny, maści kseroformowej i opaski spirytusowej w kilku dniach sprawę chorobową usunąć.

Najprawdopodobniej również następowo przyszło do zmian na rogówce w przypadku piątym, w którym stwierdziliśmy: *keratitis dendritica*. W kilka tygodni przed wystąpieniem cierpienia ocznego, chory przebywał cierpienie ogólne. Sądząc z objawów była to najprawdopodobniej grypa. W tym wypadku mogliśmy zapomocą maści rtęciowej żółtej, atropiny, opaski spirytusowej, obok wewnętrznego stosowania chininy z aspiryną sprawę chorobową szybko opanować i skierować ku wyleczeniu.

W ostatnim wreszcie przypadku przyszło do wytworzenia się ropnia pozagałkowego w następstwie, a raczej podczas przebywania influency. Jak wywiady, przebieg sprawy chorobowej i badania jamy nosowej wykazały, ropień oczodołowy powstał następowo po zapaleniu ropnem jamy czołowej. Ropa zniszczywszy okostną dostała się po nadżarciu kości do jamy Tenona wywołując tu ropne zapalenie. Mimo groźnych objawów i szybkiego postępu sprawy chorobowej, udało się dzięki przestrzykiwaniu pyoktaniną, perhydrolem,

a wreszcie jamy nosowej lysolem, w krótkim stosunkowo czasie doprowadzić do wyleczenia, z zachowaniem dobrej bystrości wzrokowej.

Zakażenia narządu wzrokowego prątkami grypy mogą być zatem, jak choćby z powyższego zestawienia widzimy, różnorodne. Mogą przebiegać pod postacią łagodnego zapalenia spojówki bez naruszen a rogówki [przypadek 3, nadto obserwacye Jundella], zapalenie takie przybiera częściej jednakże zwłaszcza u dzieci postać zapalenia ostrego z obfitą wydzieliną ropną [przypadek 1 i 2, obserwacye Neddena], wtedy mamy niejednokrotnie obraz podobny do zapalenia rzeżączkowego noworodków.

Do rzadszych powikłań należą zapalenia rogówki, ale i takie spostrzegano, raz pod postacią owrzodzenia nacieczonego z hypopyon (Nedden), kilka razy jako zapalenie drzewkowate [*keratitis dendritica:* spostrzeżenia Fuchsa, Wicherkiewicza, nasz przypadek 5]. Raz udało nam się spostrzegać zapalenie na tle grypy występujące pod postacią ograniczonego ropnia pod spojówką gałki z przebiegiem jednakże stosunkowo łagodnym. Często napotykamy ropnie pozagałkowe ograniczone lub rozlane ropne zapalenia tkanki Tenona na tle bakteryi influency. Zapalenia te rzadko przerzutowe, powstają najczęściej przez zakażenie z sąsiedztwa [przypadek 6]. Najczęściej mamy w tych wypadkach do czynienia z zakażeniem mieszanem. Obok mikrobów grypy, napotykamy drobnoustroje ropotwórcze, a więc gronkowce, łańcuszkowce i dwoinki zapalenia płuc.

Możemy śmiało przypuścić, że w opisie niniejszym nie wyczerpaliśmy jeszcze wszystkich postaci chorobowych narządu wzrokowego spowodowanych przez mikroby grypy*) Z postępem dalszych badań przekonamy się jeszcze dowodniej, że

---

*) Do takich zaliczyć należy spostrzeżenia Prof. Wicherkiewicza, który stwierdził objawy jaskry i porażenie akomodacyi a raz zapalenie gruczołu łzowego podczas przebiegu grypy.

mikrob ten nie jest tak obojętnym dla gałki ocznej, za jakiego go zrazu uważano.

Badania bakteryologiczne.

Już sam Pfeiffer opisując w r. 1892 prątki grypy zaznaczył, że mikrob ten należy do drobnoustrojów haemophilnych, że jednakże udają się jego hodowle na pożywkach zwykłych, do których dodano wielką ilość wydzieliny ropnej. Po Pfeifferze ukazało się kilka prac jeszcze, w których autorom udało się wyhodować prątki te na pożywkach nie zawierających krwi. I tak podaje Nasstjukoff jako dobrą pożywkę dla tych mikrobów mieszaninę agaru z żółtkiem jaja kurzego. Richterowi, który nie potwierdza badań Nasstjukoffa, udało się prątki grypy wyhodować na pożywkach, do których dodano sterylizowanej plwociny lub żółci. Cantani dodawał do pożywek globulinę i białko surowicze lub spermę wołu, a Grassberger sterylizowane a nawet żywe kultury gronkowców. Obu autorom hodowle mikrobów grypy dobrze się udawały.

Ghon i Preyss nie zgadzają się na wyniki wspomnianych badań.

Wreszcie wspomina w publikacyi swej Jundell, że udało mu się obfite kolonie grypy otrzymać na pożywkach, składających się z agaru i płynu przesiękowego z jamy brzusznej *(ascites)*, powstałego z powodu marskości wątroby.

Nedden przyznaje możność wzrostu mikrobów grypy na pożywkach nie zawierających krwi, sądzi jednak, że stanowczo najlepszą pożywką dla tych bakteryi jest agar z krwią. Zaznacza przytem, że obecność gronkowców wpływa dodatnio na wzrost mikrobów influency. Że drobnoustrojom tym potrzeba do wzrostu hemoglobiny, a nie osocza krwi, za tem przemawia zdaniem Neddena i ta okoliczność, że rosną one najlepiej na pożywkach zawierających krew gołębią, która, jak wiadomo, posiada stosunkowo najwięcej hemoglobiny. Nedden używał też takich przeważnie pożywek.

Mając te dane już obrobione, stosowaliśmy do naszych

badań pożywek agarowych z krwią. Lecz trudno było mieć każdej chwili krew gołębią do dyspozycyi, dlatego używaliśmy krwi ludzkiej. Tę otrzymywaliśmy zawsze z opuszki palca przez nakłucie sterylizowaną igłą, po poprzedniem obmyciu ręki mydłem, eterem i sublimatem. Zawsze dla kontroli przygotowywaliśmy dwie pożywki. Na jednej rozsmarowaliśmy tylko krew, na drugiej nadto wydzielinę [spojówkową czy rogówkową]. Obie wstawialiśmy następnie do termostatu w 37°C. w jednakie warunki, aby się przekonać, czy krew sama nie wprowadza jakich zanieczyszczeń.

Już tu chcemy zaznaczyć, że raz tylko jedyny wyrosły na pożywkach dla kontroli użytych dwie kolonie, które, jak po dokładnem zbadaniu się okazało, tworzył gronkowiec biały nieropotwórczy.

W pierwszym, drugim i czwartym przypadku dodawanie krwi do agaru było niepotrzebne, gdyż spojówki tych chorych łatwo krwawiły już za potarciem ezą, co zupełnie do wzrostu mikrobów grypy wystarczyło.

W dwóch przypadkach szczepiłem wydzielinę spojówkową równocześnie na zwykłym agarze, na agarze surowiczym, i na agarze z krwią. Podczas gdy po 24 godzinach na dwóch pierwszych pożywkach wyrosły tylko gronkowce białe, na agarze z krwią wyrosły obok gronkowców bardzo obfite drobniutkie punkcikowate przeświecające kolonie influency.

Gdyśmy następnie po 24 godzinach do dwóch pierwszych pożywek dodali po kropli krwi i pozwolili jej spłynąć po powierzchni (agaru zwykłego i surowiczego) ukazały się po nowych 24 godz. w okolicy kolonii gronkowców obfite kolonie influency.

Preparaty z samej wydzieliny spojówkowej i rogówkowej barwiliśmy barwikami anilinowymi i w każdym przypadku także sposobem G r a m m a.

Zarówno w preparatach z wydzieliny, jak i z kolonii widać było odbarwiające się sposobem G r a m m a prątki krótkie bądź cieńsze, bądź nieco grubsze, czasem po dwa ułożone, czasem tak krótkie, że przypominały kokki.

Kto raz widział preparaty mikrobów Koch-Weeks'a i grypy nie może tych dwóch rodzajów identyfikować. Podczas gdy b. Koch-Weeksa są cienkie i nader wysmukłe, b. grypy są krótsze [zwłaszcza w preparatach z wydzieliny!], a za to nieco grubsze (fig. 1 i 2).

A nadto jeszcze jedna zasadnicza różnica: hodowanie b. Koch-Weeks'a na pożywkach wogóle jest bardzo trudne i rzadko tylko się udaje przeszczepić mikroby te w kilku pokoleniach. Mikroby grypy hodują się łatwo, o ile tylko pożywka zawiera krew (hemoglobinę).

Słusznie także pisze Axenfeld, że nawet »morfologicznie można mikroby Koch-Weeks'a od influency w wydzielinie odróżnić«, — zdanie, które i Nedden potwierdza.

Rymowicz i Jundell przemawiali dawniej za identycznością obu tych mikrobów, nie wiem czy i dziś taksamo się zapatrują, to pewne jednak, że przeważna ilość bakteryologów — okulistów takich, jak Axenfeld, Morax, Nedden, Kruse, Czaplewski i wielu innych uważa mikroby Koch-Weeks'a i influency, jako wprawdzie pokrewne, ale nie identyczne.

W końcu należy jeszcze choćby w kilku słowach wspomnieć o mikrobach opisanych (1897 r.) przez Müllera, mikrobach napotkanych w licznych przypadkach zapalenia jaglicowego spojówek.

Doświadczalnie nie udało się Müllerowi zapomocą tych bakteryi wywołać jaglicy. Tem samem niema pewności, że prątki te są czynnikiem etyologicznym jaglicy, o czem sam Müller w pracy swej zresztą wspomina. Sam Müller też pisze, że »o morfologii i biologii tych mikrobów nie wiele ma do powiedzenia, bo różnią się one morfologiczne bardzo mało, pod względem wzrostu na pożywkach zupełnie nie, od mikrobów grypy, co jednakże nie jest dowodem ich identyczności«.

Nedden pisze o mikrobach Müllera: »W każdym razie nie mam żadnej wątpliwości, że Müller miał do czynienia z zapaleniem spojówki na tle mikrobów grypy, które

tylko przypadkowo równocześnie z zapaleniem jaglicowem wystąpiło«.

Sam nie mam w tym względzie dostatecznego doświadczenia, a chcę tylko zaznaczyć, że w przypadkach naszych wyżej opisanych nie spostrzegałem ani ziarn, ani blizn po przebiegu sprawy chorobowej, któreby za sprawą jaglicową przemawiały.

JWPanu Radcy Dworu Prof. Drowi Wicherkiewiczowi za zachęcenie mię do niniejszego tematu, Prof. Nowakowi za wykonanie mikrofotogramów, obu za liczne wskazówki składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie. Dziękuję również kolegom Drowi Szymanowskiemu i Kołodziejskiemu, asystentom zakładu mikrobiologii, za chętną pomoc.

Literatura.

Axenfeld. Archiv für Ophth. Bd. XL. 3. 1894.

Tenże. »Ergebnisse« von Lubarsch-Ostertag, Bakteriologie des Auges. 1895 — 1899.

Axenfeld-Brand. Inaug. Dissert. Freiburg 1902.

Axenfeld. Deutsche mediz. Wochenschr. 1902. p. 713.

Beck. Influenza. Handbuch der pathog. Mikroorg. Kolle-Wassermann Bd. III. p. 359.

Birch-Hirschfeld. Die Beziehungen der entzündlichen Orbitalerkrankungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1908. XLVI. Januar.

Cantani. Centralbl. für Bakt. XXII. 1897.

Franz. Ophth. Congress 1902 Ref. Klin. Monatsbl. f. Augenheil. 1892. Juli.

Ghon A. Über die Meningitis bei der Influenzaerkrankung. Wiener Klin. Wochenschr. 1902 nr 26 i 27. Ref. Centralbl. f. Bakt XXXII. 1902.

Ghon u. Preyss. Centralbl. f. Bakt. XXXII. nr 2. 1902.

Giarre et Picchi. Lo Sperimentale 1903. Fasc. 5. (Ricerche batt nelle congiunctivite catarrale acute, nell morbillo e nel influenza). Ref. C.-Bl. f. Bakt. 1906. XXXVII. p. 239.

Grassberger. Zentralbl. f. Bakt. XXIII. 1898. p. 353.

Grassberger Roland. Beiträge zur Bakteriologie der Influenza. Zeitschr. f. Hyg. u. Infect. — Bd. XXV Heft. 3. Ref. Ctrbl. f. Bakt. XXIII. 1898. p. 25.

Gromakowski. Archiv f. Augenh. XLI. p. 197. 1900.

J. Jundell. Einige klinische u. bakteriologische Beobachtungen über die Influenzaconjunctivitis bei Sauglingen. Mittheil. aus der Augen klinik des Carolin. Medico-Chirurg. Instituts zu Stockholm von Dr J. Widmark. 1902.

Kamen. Zentralbl. f. Bakt. 1899. XXV. p. 401.

Luerssen A. Bakteriologische Untersuchungen bei Trachom.- Zentralbl. f. Bakt. XXXIX. p. 678.

Lyder-Borthen. Orbitalabscess bei Influenza. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1891. März.

Meyerhof. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1905. XLIII. II. p. 216.

Morax u. Elmassian. Ann d. l'institut Pasteur 1898. p. 210.

L. Müller. Arch. f. Augenheilk. XL. 1. Heft. 1899.

Nasstjukoff. Ref. Ctrlbl. f. Bakt. Bd. XIV. 1893 u. XIX. 1896.

zur Nedden. Klin. Monatsbl. f. Augenh. XXXVIII. p. 173.

Tenże. Über Influenzabacillen - conjunctivitis. Klin. Monatsbl. f. Augenh. XLI. 1903. März.

Tenże. Über den Müllerischen Trachombacillus und die Influenzabacillen-conjunctivitis. Klin. Monatsbl. f. Augenh. XLII. I. p. 47. 1904.

Tenże, Über einige seltene Infectionskrankheiten der Hornhaut. Klin. Monatsbl. f. Augenh. I. 1906. Juni.

Neisser M. Über die Symbiose des Influenzabacillus. D. med. Wochenschr. 1903. nr 26. Ref. Zentralbl. f. Bakt. 1904. XXXIV. p. 376.

Rohmer (Nancy). Grippe et accidents du travail. Arch. d'ophth. 1907. XXVII. nr 6.

Rymowitsch. Ref. Ctrlbl. f. Bakt. XXXI. p. 480. 1902.

Siegrist. Arch. f. Ophth. 1894. XL. 3/4. Anmerkung.

Wicherkiewicz. Internat. klinische Rundschau. 1890. nr 8.

Wynekoop. A further study of the Influenzabacillus (Amer. med. Assoc. 53). Journal of the Amer. med. Assoc. 1903. 27 Februar. Ref. Zentralbl. f. Bakt. 1904. XXXIV. p. 376.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Ctrlblt. f. pr. Aghk. 1907. Z. 12 (grudzień). (Ref. Dr Gruder).

Przypadek ropnia woreczka łzowego, wyleczonego przez równoczesną różę. (Ein Fall von Fränensack-Eiterung, geheilt durch interkurrentes Gesichtserysipel). Dr J. Oselin w Berlinie.

Znane są w literaturze przypadki skutecznego działania róży *(Erysipel)* na różnego rodzaju zapalne i patologiczne sprawy. Spotykamy w literaturze liczne przypadki wyleczenia gruźlicy rogówki, spojówki tęczówki, naczyniówki i t. p. jako wynik równoczesnego przebiegu róży na twarzy. Tutaj należą również *trachoma, keratitis eczematosa, lepra, carcinoma, sarcoma* i t. p.

Teraz opisuje autor przypadek wyleczenia ropnego zapalenia woreczka łzowego. Na stronie prawej istnieje lekkie łzawienie z ropą, po lewej zaś typowa *dacryocystitis phlegmonosa* z przetoką. Przedsięwzięto wyłuszczenie lewego woreczka łzowego w znany sposób. Przebieg operacyi i gojenie prawidłowe. W 19 dni po operacyi, gdy chory miał już się udać do domu, wybuchła róża twarzy *(Erysipelas faciei)*, która się rozszerzyła na głowę, szyję i okolicę obu ramion. W miejscu blizny pooperacyjnej powstaje otwór, wydzielający ropę. W ropie znaleziono *streptococcus.* W dziewiątym dniu nastąpiła *krizis* i stan ogólnie się polepszył. Blizna zwolna się goiła. Tymczasem stan prawej strony zupełnie polepszył się. Nie można było wydostać żadnej ropy z woreczka, łzawienie ustąpiło, zgrubienia nie można było stwierdzić nigdzie, a sonda nie natrafiała na żadne zwężenia i przechodziła bez najmniejszych dla chorego boleści. Woreczek łzowy prawego oka dziwnym więc sposobem wrócił do prawidłowego stanu.

Po trzech miesiącach stan był niezmieniony, a więc bardzo dobry.

Z. 2 (luty) 1908.

Uwagi o operacyi magnesem. (Bemerkungen zur Magnet-Operation). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

1) Przypadek operacyi magnesem u dziecka. Przy naprawianiu roweru 10-letniemu chłopcu uszkodzono prawe oko. Krwotok z rany powiekowej. $S = {}^{5}/_{20}$, prawidłowe pole widzenia.

Po pięciu dniach widać na twardówce od góry wewnątrz, tuż obok rąbka rogówko-twardówkowego, małą bliznę. Gałka lekko

zadraźniona. Po rozszerzeniu źrenicy atropiną widać w ciele szklistem odłamek od strony nosowej, okryty czarną masą. Przy ruchach wziernikiem widać było wyraźnie połysk jasno-metaliczny.

Sideroskop wykazywał obecność ciała obcego od strony nosowej z góry, blizko brzegu rogówkowego.

Przy pomocy małego, następnie i wielkiego magnesu wydobyto odłamek do przedniej komory, skąd przy pomocy cięcia nożem grotowym wydostał się na zewnątrz. Wielkość powierzchni ciała obcego wynosiła $1\frac{1}{2} \times 2$ mm, ciężar $=$ 10 miligr. Gojenie prawidłowe. Po tygodniu krwotok do przedniej komory. Po dalszych trzech tygodniach $^5/_7$. Pole widzenia prawidłowe.

2) Krwotoki po operacyach magnesem łatwo są zrozumiałe, ponieważ odłamek, po przebiciu naczyniówki i po następnem wydobyciu jego, znów rozluźnił chwilowe zatkanie naczyń krwionośnych lub nawet całkiem może to zatkanie naczyń zniszczyć. Krwotoki nie są rzadkie i wymagają troskliwej opieki.

Rozróżniamy krwotoki: a) bezpośrednio po zabiegu operacyjnym, następnie b) podczas gojenia się rany operacyjnej i krwotoki, występujące c) po wygojeniu, wskutek działania wewnętrznego np. wskutek urazu, któryby przy zdrowem oku pozostał bez skutku.

Autor przytacza przypadek, w którym krwotok po zabiegu operacyjnym tak był silnym (częściowo także spowodowany niespokojnem zachowaniem się chorego), iż musiała nastąpić enukleacya, zwłaszcza, że na drugiem oku występywały lekkie objawy zapalenia sympatycznego.

Przy końcu autor opisuje przypadek krwotoku, który wystąpił w szesnaście lat po urazie. Odłamek żelazny, który przez ranę w powiece górnej dostał się do oka, pozostawał w gałce przeż 16 lat. Po tym czasie bystrość wzroku tego oka zaczęła nagle słabnąć. $V = {}^5/_{30}$. Sideroskop wykazywał ciało obce od dołu wewnątrz. Zabieg operacyjny magnesem H a a b a dał odłamek żelazny 4 5 mm długi i 3 mm szeroki i 23 mg ciężki. Gojenie prawidłowe. W siedm miesięcy po wygojeniu, wskutek uderzenia w lewą gałkę silny wewnętrzny krwotok w gałce. $V = 0$, tylko poczucie światła pozostało.

Po dalszym miesiącu stan ogólny oka znacznie się polepszył, tak iż bystrość wzroku doszła do poprzedniej miary i wynosiła $^5/_{35}$; pole widzenia było prawidłowe.

Z. 3 (marzec) 1908.

Zakraplanie tuberkuliny do oka. (Die Einträuflung von Tuberkulin in das Auge). Dr Ernst F i s c h e r w Dortmundzie.

Rok 1907 przyniósł dwa nowe sposoby rozpoznawania gruźlicy, mianowicie: zaszczepienie tuberkuliny w s k ó r ę według v.

Pirqueta i zakraplanie tego środka do worka spojówkowego.

Metodę oczną przedstawił pierwszy Wolff Eisner w Berlinie; zrazu używał roczczynu 10%; w cztery tygodnie później Calmette w Lille używał 1% roczczynu.

Preparat ten, sporządzony w Lille, znany jest jako »Tuberkulin Test«; w Niemczech sporządzany 1% jako »Tuberkulose-Diagnosticum Hoechst«.

Po zakropleniu nie widzimy u osobników zdrowych żadnej reakcyi na spojówce; u osobników tuberkulicznych powstaje zaczerwienienie spojówki i łzawienie, nieraz przez 2—3 dni trwające. Gorączki nie ma. Drugi raz zakroplić nie można, ponieważ i zdrowe osobniki dostają zapalenia spojówki.

Zupełnej pewności jednak takie rozpoznawanie nie daje.

Z swojej praktyki autor podaje następujące spostrzeżenie: Osobnik 40-letni, nigdy nie cierpiący na płuca, ani na oczy, dostał kroplę tuberkuliny *(Test)* do prawego oka. Przed dwoma laty miał lekkie zajęcie płuc po prawej stronie z małym krwotokiem. Po 3-ch tygodniach reakcya tuberkuliny ciągle jeszcze trwała. Spojówka po stronie nosowej była silnie zaczerwienioną, u brzegu rogówki dwie flikteny, barwiące się fluorescyną. Na tęczówce, ani na naczyniówce nie było widać żadnych guzków. Obie flikteny zwolna ustąpiły, lecz w ciągu dalszego miesiąca wystąpiły nowe pryszczyki, już nie na rogówce, lecz na nastrzykniętej spojówce. Po dalszym miesiącu wrzód na brzegu rogówki. Po trzech miesiącach od zakraplania tuberkuliny przebieg choroby nie był jeszcze zupełnie ukończony, chociaż wrzód na rogówce już był na wygojeniu.

Podobne spostrzeżenia podali: Kalt w Paryżu, Terrien w Paryżu, lekarze wojskowi Wiens i Günther w Wrocławiu (krwotoki podspojówkowe i ropne zapalenie spojówki), Kleinberger w Królewcu przestrzega przed kilkorazowem zakraplaniu tuberkuliny do tego samego oka.

Z. 4 (kwiecień) 1908.

Wyłuszczenie oczodołowego gruczołu łzowego po poprzedzającem usunięciu woreczka łzowego i powiekowego gruczołu łzowego. (Exstirpation der orbitalen Tränendrüse nach vorangegangener Entfernung des Tränensackes und der palpebralen Tränendrüse). Prof. Groenouw w Wrocławiu.

Robotnikowi 30-letniemu. cierpiącemu od lat dziecięcych z powodu łzawienia prawego oka, nareszcie musiano wyjąć prawy worek łzowy. Po dalszych sześciu miesiącach wskutek dokuczli-

wego łzawienia wyjęto dolny gruczoł łzowy od strony spojówkowej. Gdy mimo to łzawienie choremu dokuczało, wyjęto w narkozie gruczoł łzowy oczodołowy *(orbitale Tränendrüse)* wedle metody Eversbuscha. W zewnętrznej połowie ogolonej przedtem okolicy brwiowej przecięto skórę, odpreparowano *septum orbitale* od kości, i usunięto gruczoł; podwiązywać tętnicę łzową nie było potrzeba. *Septum orbitale* napowrót przyszyto do kości, poczem i ranę w skórze zamknięto. Gojenie prawidłowe; *ptosis* nie było. Chory był z operacyi bardzo zadowolony.

Najczęściej wystarcza w podobnych wypadkach wyłuszczenie woreczka łzowego; w rzadszych przypadkach zachodzi potrzeba wyłuszczenia powiekowego gruczołu łzowego według Weckera. Tylko w wyjątkowych razach potrzeba usunąć i gruczoł oczodołowy według metody Eversbuscha.

Narośl tęczówki, istniejąca od 22 lat. (Iristumor, seit 22 Jahren bestehend). Prof. Groenouw w Wrocławia.

Autor opisuje przypadek narośli na tęczówce oka lewego, od dołu i zewnątrz, której istnienie, według twierdzenia chorego i ówczesnych badań lekarskich, z pewnością sięga 22 lat wstecz. Tęczówka zresztą prawidłowa, bez objawów zapalnych. Środki łamiące czyste. Nerw wyżłobiony aż do brzegu. Oko rozpoznaje tylko światło. Upośledzenie wzroku wystąpiło przed 5 laty, podczas gdy dawniej, wedle orzeczeń lekarskich, wynosiło $^6/_5$.

Autor zwraca uwagę na okoliczność, że nowotwór nie wywoływał dawniej żadnych objawów; dopiero od 5 lat wystąpiła jaskra i następowa utrata wzroku. Autor przypuszcza, że nowotwór ten należy do gatunku mięsaków *(melanoma, sarcoma)*. Na operacyę chory nie chciał zezwolić, nie było więc mikroskopijnego badania, któreby mogło naturę nowotworu wyjaśnić.

Wędrówka barwika tuszowego w bliznie tatuowanej. (Wanderung der Tusche in einem tätowierten Leukom). Dr L. Steiner w Surabayu na Jawie.

Chory 18-letni z połyskującą blizną, 4 × 5 mm wielką, na prawej rogówce w środku. Bliznę autor zabarwił barwikiem tuszowym w trzech posiedzeniach. Po trzeciem posiedzeniu silne nastrzyknięcie rzęskowe i łzawienie. W dolnej połowie blizny, w strefie tatuowanej, mała wypukłość, wielkości główki od szpilki, nierówna i mętna. Około tego guza barwik nagromadził się w kilku dniach, tworząc nieregularny krąg, podobny do infiltracyi, tylko, że barwa była silnie czarną. Równocześnie barwik znikł prawie całkiem z reszty blizny, z wyjątkiem wązkiej części obwodowej. Wypukle-

nie guzowate ustąpiło a nabłonek był już gładkim. Przez 5 miesięcy stan ten był niezmieniony i trwały. W międzyczasie autor zabarwł miejsca, podczas wyżej opisanego zapalenia wybielałe, tak że teraz cała blizna równomiernie czarno wyglądała.

Autor tłumaczy to w ten sposób; z powodu małego ogniska zapalnego białe ciałka krwi wędrowały do tego ogniska i pociągnęły ze sobą barwik do tego miejsca zapalnego. Tutaj, po przejściu stanu zapalnego, barwik na stałe już pozostał i wywołał wyżej opisane zmiany w zabarwieniu już poprzednio tatuowanej blizny. Nierównomierne to rozdzielanie barwika, przynajmniej w tym przypadku, uważa autor za wynik fagocytozy.

Die Ophthalmologische Klinik. R. 1908. Nr 5. (Referent K. W. Majewski).

Podspojówkowy ropień aseptyczny jako środek leczniczy przy wrzodzie rogówkowym. (Der subkonjunktivale aseptische Abszess zur Heilung des Ulcus serpens corneae). Ferentinos.

W jednej ze swych prac poprzednich podał autor jako dobry środek przeciwgnilny mieszaninę oleju skalnego z olejem waselinowym z rozpuszczonym dwujodkiem rtęci w stosunku 1:2000. Roztczynu tego używa on między innemi i do leczenia pełzających wrzodów rogówki, dotykając watą nawiniętą na koniec sondy i umaczaną w tym roztczynie powierzchni wrzodu. W przypadkach, gdzie leczenie to nie wystarcza, wstrzykuje tenże sam roztczyn w ilości 0,2 cm^3 pod spojówkę gałki, przez co wytwarza się ropień, jak się autor wielokrotnie przekonał aseptyczny. Ropnia tego otwierać nie potrzeba, ponieważ po kilku dniach bez leczenia się rozchodzi, tymczasem jednak działa odwodząco na wrzód rogówkowy, który zdaniem autora o wiele prędzej łatwiej się goi, niż przy innych sposobach leczenia. Autor wskazuje na analogię między tym sposobem leczenia zakażenia rogówki, a leczeniem gorączki połogowej sposobem Fochier'a z Lyonu, który wywołuje wielki podskórny ropień aseptyczny przez wstrzyknięcie olejku terpentynowego, albo chininy.

Nr 6. *Przyczynek do kazuistyki zatrucia atropinowego.* (Zur Kasuistik der Atropinergiftung). Lesshafft.

Feddersen zebrał w literaturze 103 przypadki zatrucia atropinowego, a więc zatrucia czystym alkaloidem, a nie korzenia-

mi lub owocami belladonny. Śmiertelność w wypadkach tych wynosiła 11·7%.

Autor dodaje 2 własne spostrzeżenia otrucia przez wypicie kropli atropinowych. W pierwszym przypadku u 11-letniej dziewczynki, której podano łyżeczkę rozczynu atropiny 8% zamiast lekarstwa przeciw kaszlowi przyszło mimo energicznego ratunku w ten sam dzień do zejścia śmiertelnego. W drugim przypadku posługaczka szpitalna dla uśmierzenia bólów miesiączkowych wypiła 3 gr rozczynu atropiny sądząc, że to kokaina. Tu nie odrazu rozpoznano zatrucie atropinowe, ponieważ chora wypierała się, jakoby cośkolwiek zażyła. Wkrótce jednak wystąpił typowy obraz szału atropinowego i udało się chorą uratować przez sprowadzenie wymiotów, przepłukanie żołądka, podanie dużej ilości czarnej kawy i wstrzykiwania morfiny. — W razach pod względem rozpoznawczym wątpliwych zaleca autor próbę fizyologiczną t. j. zapuszczenie kropli moczu osoby zatrutej albo wymiocin kotu do oka. Źrenica kota rozszerza się pod wpływem minimalnych ilości atropiny. Prócz tego pewne wyniki daje bardzo czuła próba chemiczna Vitali'ego: Treść żołądkową uzyskaną zapomocą środka wymiotnego lub wydobytą zapomocą pompy żołądkowej odparowuje się na łaźni wodnej. Cząstkę pozostałości suchej rozpuszcza się w kilku kroplach dymiącego kwasu azotowego i odczyn ten znowu odparowuje się na miseczce porcelanowej. Bezbarwny nalot po oziębieniu rozpuszcza się w kilku kroplach ługu potasowego. Rozczyn ten za dodaniem alkoholu przybiera w razie obecności atropiny piękną barwę fiołkową, która przechodzi wnet w barwę wiśniową.

Co do leczenia w pierwszym rzędzie wskazane jest przepłukanie żołądka nawet w tych razach, gdzie atropina nie dostała się do ustroju drogą przewodu pokarmowego, lecz np. podskórnie lub z worka spojówkowego, wiadomo bowiem, że alkaloidy, krążące we krwi wydzielają się przedewszystkiam obficie sokiem żołądkowym. Najlepszą odtrutką jest morfina, którą osoby zatrute atropiną znoszą zadziwiająco dobrze nawet w wielkich dawkach. Pilokarpina zalecana wielokrotnie nie ma tutaj, wedle badań Withe'go, jako *antidotum* żadnej wartości.

Nr 7. *O przyrodzie mięśniowej komórek barwikowych tęczówki.* (Über die Muskelnatur der Chromatophoren der Regenbogenhaut). Wolfrum.

Jest to dalszy ciąg polemiki, którą prowadzą między sobą Münch i Wolfrum, z których pierwszy usiłował wykazać, że komórki barwikowe, t. zw. chromatofory tęczówki są pod względem swej budowy, jakoteż wartości czynnościowej komórkami mięsnemi,

należącemi do składu mięśnia rozszerzającego źrenice *(dilatator pupillae)*. Jako główny dowód na te twierdzenie przytoczył podłużną włóknistość protoplazmy tych komórek, którą można uwydatnić zapomocą pewnych sposobów barwienia. Wolfrum zbija twierdzenie Müncha, gdyż, zdaniem jego, nie wykazał w chromatoforach dwóch kardynalnych znamion komórki mięśniowej, mianowicie, składników kurczliwych, włókienek mięśniowych *(myofibrillae)*, ani zdolności podwójnego załamania światła. Włóknistość jaką przy odpowiedniem barwieniu preparatów jakie w chromatoforach można zauważyć nie stanowi żadnego dowodu, bo wykazać się ona daje we wszystkich prawie komórkach tkanki łącznej, których przecie nikt za komórki mięśniowe nie uważa.

O poczuciu ciemności. (Über den Dunkelsinn). Ferentinos.

Autor przypomina doświadczenie Mariotte'a. który wykazuje, że w obrębie tarczy nerwu wzrokowego brak wszelkiej wrażliwości na światło. Jeśli w miejscu odpowiadającem plamce Mariotte'a znajduje się, czy to punkt czarny, czy też jakikolwiek przedmiot nie przekraczający granic tej plamki, a drugie oko jest zamknięte, wtedy badany nie dostrzega żadnej przerwy, nie widzi wcale owego przedmiotu i nie dostrzega żadnego braku w tle białem. Na tem opiera się powszechnie przyjęte przypuszczenie. że oko, a raczej psychiczny ośrodek wzroku, przestrzeń w polu widzenia, odpowiadającą plamce ślepej, wypełnia, wedle prawdopodobieństwa, stosownie do otaczającego ją tła. Jeśli zatem tło jest białe, różowe lub zielone, uzupełnia się brak w plamce Mariotte'a barwą białą, różową lub zieloną. Jeśli tłem są np. na jednostajny deseń malowane tapety, wtedy oko uzupełnia brakujące w obrębie plamki szczegóły w deseniu. Jeśli tło jest kreskowane lub kropkowane, wtedy widać w temsamem miejscu tesame kreski lub kropki. Autor stara się rozumowaniem udowodnić, że to tłumaczenie jest pozbawione słuszności i że przedewszystkiem oko widzi przestrzeń odpowiadającą plamce Mariotte'a, bo dla uświadomienia sobie jakiejś zamkniętej przestrzeni wystarczy jeśli widzimy jej zewnętrzne granice, a te widzimy dlatego, ponieważ odczuwamy je częściami siatkówki, otaczającemi tarcz nerwu wzrokowego. Tylko treść przestrzeń tę wypełniająca, a więc obrazy przedmiotów w niej zawartych nie dochodzą zgoła do naszej świadomości. Analogicznie do tego zjawiska tłumaczy autor poczucie ciemności jako poczucie dodatnie, a nie ujemne. Jest to uświadomienie braku wrażenia światła. Ślepy od urodzenia nie uświadamia żadnych wrażeń wzrokowych, nie może zatem widzieć także ciemności, którą odczuć może

tylko oko widzące. Poczucie ciemności, skoro polega na uświadomieniu czynnościowego spoczynku wrażliwych składników siatkówki może istnieć tylko przy zachowanin prawidłowych dróg nerwowych i na prawidłowej projekcyi wrażeń wzrokowych, w tym wypadku uświadomionego braku podrażnienia siatkówki.

Nr 6, 7, 8. *Leczenie surowicą przeciwbłoniczą ciężkich zakażeń oka.* (Die Serotherapie bei schweren Infektionen des Auges). M. Teulieres.

Autor zestawia 46 spostrzeżeń, z czego 26 własnych z oddziału ocznego szpitala św. Andrzeja w Bordeaux, a w pozostałej części przytoczone z literatury, odnoszące się do spraw zapalnych gałki ocznej, w szczególności do wrzodu pełzającego, gdzie leczenie polegało nietylko na stosowaniu środków miejscowych, lecz także na wstrzykiwaniach podskórnych surowicy przeciwbłoniczej. Wnioski do jakich autor dochodzi są następujące:

Zapalenia oczne natury zakaźnej, a w szczególności *keratitis hypopyon* bywają niejednokrotnie tak groźne, że mogą w przeciągu kilku dni zniszczyć nietylko wzrok, ale także gałkę oczną. Środki miejscowe, jak *mydriatica*, *antiseptica*, galwanokaustyka, nakłucie rogówki, keratotomia Saemischa nie zawsze są w stanie powstrzymać szerzenie się sprawy ropnej.

Usiłowano zatem w podobnych przypadkach zastosować leczenie surowicami. Z początku stosowano przeciwko poszczególnym rodzajom ustrojów znalezionych w wydzielinie ocznej swoiste surowice np. surowicę przeciwpneumokokową Römera. Gdy jednak przekonano się o dobrych wynikach surowicy przeciwbłoniczej także w zakażeniach pneumokokami, streptokokami i stafylokokami, zaczęto używać tylko tej surowicy przy różnych zakażeniach ocznych.

W doświadczeniach swych autor używał również surowicy przeciwbłoniczej, która największe budzi zaufanie i którą najłatwiej otrzymać.

Doświadczenie poucza, że wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej są wolne od wszelkiego niebezpieczeństwa, a skuteczność ich conajmniej równa skuteczności innych surowic. Zwyczajnie wstrzykuje się 10—20 cm^3 surowicy podskórnie, i w miarę potrzeby wstrzykiwania te się ponawia. Podspojówkowych wstrzykiwań surowicy oko nie znosi. Korzystniej może działałoby zakraplanie jej roztworu do oka.

Ogólne nieswoiste leczenie surowicze zwiększa odporność ustroju i działa miejscowo za pośrednictwem niweczników.

Surowica przeciwbłonicza jest w przypadkach zakaźnych zapaleń oka częstokroć znakomitym środkiem leczniczym, a we wielu

razach przynajmniej dzielnym środkiem pomocniczym wspierającym skuteczność leków i zabiegów stosowanych miejscowo.

Wstrzyknięcie surowicy powinno być dokonane jak najwcześniej po zakażeniu oka. Można się niem posługiwać także jako środkiem zapobiegawczym.

Wedle doświadczeń autora surowica łagodzi bóle, powstrzymuje postępy ropienia, przyspiesza wessanie nacieków i wysięków. Blizny rogówkowe wytwarzają się prędzej, są przezroczystsze i mniej rozległe.

Nowiny lekarskie. R. 1908. Nr 4.

Druk prawidłowy. Dr Noiszewski.

Wydział Zdrowotności zakładów naukowych przy rosyjskiem ministeryum oświaty wydał w czerwcu 1905 r. »normy druków dla podręczników i pomocy naukowej«. Autor przytacza te przepisy i wykazuje, że nie są one wystarczające. Przypomina on jedną ze swych prac dawniejszych, w której wykazał, że najkorzystniejsze dla wzroku są czcionki o zarysach równej grubości, gdy tymczasem przeważna część używanych druków wykazuje litery złożone z grubszych i cieńszych pałeczek, przez co są o wiele trudniejsze do czytania. Czcionek o zarysach jednakowej grubości używają dotychczas sami tylko Anglicy. Autor jest zdania, że druki takie nietylko są jedynie odpowiednie pod względem zdrowotnym, ale i pod względem estetycznym stoją wyżej od naszych.

Jednak i litery o zarysach równej grubości muszą odpowiadać jeszcze niektórym innym warunkom, jeśli nie mają być szkodliwe dla wzroku, mianowicie:

1) Musi być zachowany pewien określony stosunek między wysokością litery, a grubością jej zarysu. Doświadczenie wykazało, że najkorzystniejszą jest wysokość litery 5 razy większa od grubości zarysu.

2) Zależność między polem objętem przez zarys litery i grubością zarysu musi być również odpowiednio dobrana. Litery o grubych pałeczkach, lecz stosunkowo zbyt małe nie są wcale łatwo czytelne.

3) Odległość pomiędzy literami powinna być dwa razy większa od grubości ich zarysu.

4) Odległość pomiędzy wyrazami nie powinna być mniejszą od wysokości liter w wyrazach.

5) Odległość pomiędzy wierszami powinna być conajmniej równa półtorej wysokości liter w wierszu.

6) Grubość zarysu liter powinna wynosić przeciętnie conajmniej 0,1 mm. Wyjątkowo mogą być używane druki o zarysach cieńszych niż 0,1 mm np. 0,05 dla odległości 15 cm od oczu.

K. W. Majewski.

Ophthalmology. (Milwaukee). R. 1908. Vol. IV. Nr 3. (Referent K. W. Majewski).

Trzy przypadki zmian kiłowych 3-cio-rzędnych u murzynów. (Report of Three Cases Presenting Ocular Manifestations of Tertiary Syphilis in Colored Subjects). Campbell Posey i Tr. Krauss (Filadelfia).

Przyp. 1. *Arteriitis syphilitica retinae cum atrophia nervi optici.* Nawiązując do tego przypadku podaje autor wziernikowe znamiona pozwalające odróżnić *arteriitis* od *perivasculitis syphilitica.*

Przyp. 2. *Syphilis cerebrospinalis, paralysis nervi oculomotorii totius et nervi trochlearis oculi sinistri.* Szybkie ustąpienie porażeń pod wpływem leczenia swoistego.

Przyp. 3. *Paralysis syphilitica oculomotorii totius.* 50-letnia chora z niewątpliwą kiłą cierpiała na bardzo silne bóle głowy, które ustąpiły z chwilą, gdy zaczęła skutkiem porażenia ocznego widzieć podwójnie.

Porażenia mięśni ocznych przyrody kiłowej bywają następstwem bądźto *neuritis*, bądź *perineuritis*, alboteż zależą od zmian w ośrodkach nerwowych. Wedle Knies'a, nerw okoruchowy zajęty jest w 75%, przypadkach. Porażenia nerwu odwodzącego stanowią około 25%, porażenia zaś nerwu bloczkowego i nerwu twarzowego zachodzą zaledwie w 1 do 2% przypadków.

„Centune", nowa jednostka dla pomiaru kątów. (The Centune System, the Percentage of Nomenclature of Angles). E. Maddox (Glenartney).

Autor przemawia za wprowadzeniem nowego podziału obwodu koła na części, których długość odpowiadałaby $^1/_{100}$ promienia i nowej tej jednostce nadaje nazwę »Centune«. Różnica między długością wstawy, łuku i stycznej kąta Sine-centune, (Arc-centune, Tangent centune), którego łuk jest 100 razy krótszy od promienia wodzącego *(radius vector)* są bardzo nieznaczne i dlatego sposób ten mierzenia kątów może do różnych celów z korzyścią być zastosowany, czy chodzi o podaną przez autora skalę stycznych dla mierzenia heteroforyi, czy o oznaczanie siły pryzmatu, czy o mie-

rzenie zbieżności. Autor wykazuje np., że jeden kąt metrowy konwergencyi ma tyle »Centunów« (w tym wypadku mierzonych wstawą: «Sine Centunes«) ile centymetrów wynosi połowa *lineae basalis* czyli odległości środków obrotowych obu gałek ocznych. Zdaniem autora system zalecony przez niego mógłby z pożytkiem zastąpić przestarzały staro-chaldejski podział obwodu koła na stopnie minuty i sekundy.

Niewystarczająca pigmentacya jako przyczyna chorób ocznych. (Insufficiency of Pigmentation as a Cause of Eye Diseases). Charles Woodruff (Wadsworth).

Bakteryobójcze działanie promieni światła szczególnie promieni pozafiołkowych powszechnie jest znane i uznane. Zdaniem autora jednak nie dość się zważa na to, że działają one zabójczo, a przynajmniej szkodliwie nietylko na drobnoustroje, ale i na żywe komórki tkanek organizmu. Wychodząc z tego założenia występuje autor przeciwko nadużywaniu wszelkich postaci i rodzajów fototerapii, światło bowiem jest środkiem obosiecznym i należy się z niem obchodzić z tą samą ostrożnością, z jaką się stosuje w zakażeniach miejscowych i ogólnych środki przeciwgnilne. Szkodliwy wpływ nadmiaru światła uwidacznia się najlepiej u mieszkańców strefy umiarkowanej, przesiedlonych do krajów strefy gorącej. Tubylcy w tych krajach zabezpieczeni są przed zgubnym wpływem promieni słonecznych silnem ubarwieniem skóry włosów. Ludzie biali, a przedewszystkiem blondyni zdradzają o wiele mniejszą odporność i ulegają przeróżnym chorobom. Autor sądzi, że Europejczycy powinni w krajach gorących ubierać się nie biało, jak to zwykle czynią, lecz nosić suknie czarne, czarne kapelusze o szerokich kresach i żółte okulary, chroniące oko od promieni niebieskich, fiołkowych i pozafiołkowych. Przeciwnym jest też wysyłaniu suchotników do krajów południowych, gdzie najczęściej giną prędzej niżby zginęli w klimacie, do którego są przystosowani. Wogóle zwalcza tak powszechne i ulubione hasło domagające się dla wątłych i chorych jak najwięcej słońca i jak najwięcej światła.

Podobnie jak cały ustrój, tak też i oko może od zbytku światła bardzo ucierpieć, temwięcej, że na działanie jego wystawione jest bardziej niż jakikolwiek inny narząd ustroju, i że zapomocą swych środków łamiących skupia promienie na swych najdelikatniejszych i najszlachetniejszych częściach składowych. Autor usiłuje wykazać, że u jasnowłosych, niebiesko-okich blondynów niektóre zaburzenia oczne występują częściej niż u brunetów. Mówi o drżeniu gałek ocznych zdarzających się często u bielców, o różnych rodzajach niedowidzenia, astenopii, połączonej ze świa-

tłowstrętem, bolami głowy i różnemi przypadłościami nerwowemi, które zwłaszcza trapią jasnych blondynów. Ubóstwem barwikowem tłumaczy też niektóre zmiany zapalne i zanikowe w siatkówce, naczyniówce i w nerwie wzrokowym. Okuliści gorących okolic Ameryki, których ludność w znacznej części stanowią przybysze europejscy mają bardzo często do czynienia z przypadkami dokuczliwej, nieraz niezdolność do pracy powodującej astenopii, zależnej od niezborności rogówkowej nieraz małego stopnia ale nie zawsze dającej się dokładnie wyrównać. Zdaniem jego we wielu razach chodzi tu o niezborność nabytą wskutek nieustannego mrużenia powiek przed rażącem światłem słonecznem. Lekarze amerykańscy pracujący wśród ludności złożonej w części z ras przesiedlonych i do klimatu nieprzystosowanych, a w części z krajowców zabezpieczonych bogactwem barwika w skórze we włosach i w oczach przed żarem i blaskiem południowego słońca mają więcej sposobności, niż ich koledzy w Europie, porównywać stosunki odporności wobec chorób i zakażeń, i oni powołani są, zdaniem autora, do nagromadzenia spostrzeżeń i porobienia statystycznych zestawień, aby wyjaśnić z jednej strony szkodliwość nadmiaru światła słonecznego, a z drugiej strony wartość ochronną pigmentacyi.

Uwagi o mięsieniu wibracyjnem w chorobach ocznych. (Remarks on Vibratory Massage in Eye Diseases). Leartus Connor (Detroit).

Pierwszy przyrząd do mięsienia wibracyjnego podał Makłakow. Zastosował on pióro elektryczne Edisona, na którego nasadzona jest gałka z kości słoniowej, wykonująca 9.000 drgań w minucie. Sniegirew wykazał doświadczalnie, że pod wpływem takiego mięsienia wessanie fluoresceiny odbywa się szybciej przez przyspieszenie krążenia limfatycznego w rogówce i spojówce.

Autor używa ulepszonego przyrządu wibracyjnego w różnych chorobach ocznych. Przekonał się on, że przy rozpoczynającej się zaćmie korowej zwłaszcza przy klinowatych lub igiełkowych zaćmieniach, ułożonych promienisto, bystrość wzroku pod wpływem masażu wibracyjnego częstokroć się poprawia. Skutek ten zależy niewątpliwie od poprawienia stosunków krążenia w przednim odcinku gałki ocznej, ale jest tylko przemijającym. Dobre usługi oddaje autorowi mięsienie w przypadkach *scleritis* i *episcleritis* i przy świeżych plamkach rogówkowych. Przyspiesza gojenie i wessanie osadów na błonie Descemeta przy *iritis serosa* a nawet wpływa korzystnie na przebieg *chorioiditis* w świeżych przypadkach i w pozagałkowych zapaleń nerwu wzrokowego na tle zatrucia tytoniem lub alkoholem.

Zapalenie spojówki wywołane prątkami Moraxa-Axenfelda. (Morax-Axenfeld Conjunctivitis. An Analysis of Three Hundred Cases). Hanford Mc Kee (Montreal).

Najpospolitszem zapaleniem spojówki po za jaglicą jest, zdaniem autora, *conjunctivitis* wywołana przez prątki Morax-Axenfelda. Przybiera ona jednak tak różne postacie kliniczne, występując raz jako typowa *conjunctivitis catarrhalis chronica*, lub jako *conjunctivitis angularis*, *subacuta, acuta*, wreszcie *acutissima purulenta,* że wobec tego tylko drogą badania bakteryologicznego można dojść do właściwego rozpoznania. Autor zbadał w Montreal 300 przypadków tego rodzaju zapalenia spojówki. Podaje szczegółowy opis prątka Morax-Axenfelda pod względem morfologicznym i biologicznym oraz sposoby jego hodowania, przytacza na dowód jego chorobotwórczych własności szczepienia dokonane z wynikiem dodatnim na oczach zwierząt a także u ludzi, a wreszcie jako najlepszy środek leczniczy wskazuje siarkan cynku dla prątków Morax-Axenfelda zabójczy.

„Złe oko" u Hebrejczyków. (The Evil Eye among the Hebrews). Aaron Brav (Filadelfia).

Autor omawia od wieków zakorzeniony u Hebrejczykéw przesąd o złem oku, którego spojrzenie ma sprowadzać różne choroby, a nawet śmierć. Rozwodzi się obszernie nad błędnemi wierzeniami dawnych Hebrejczyków i ich zapatrywaniami na przyczynę i istotę różnych chorób, stara się wreszcie na podstawie biblii i talmudu dotrzeć do źródeł tego, do dziś jeszcze niewykorzenionego zabobonu.

Tablice Verhoeffa do badania niezborności. (Verhoeffs Astigmatic Charts). John Green (St. Louis).

Autor używa od dłuższego czasu podanych przez Verhöffa w r. 1899 tablic do badania niezborności. Różnią się one od gwieździstej figury Weckera i od tablic podanych przez Wallace'a. Pierwsza z nich składa się z promienisto ułożonych linii grubych wrysowanych w system kół współśrodkowych o cienkim zarysie. Badany astygmatyk ma wskazać, który promień przedstawia mu się najbardziej czarno, a który najbardziej blado. Kontrast występuje tu niezwykle wyraźnie dlatego, że grube linie promienisto ułożone przecinają pod kątem prostym obwody kół współśrodkowych, które w pobliżu promienia najczarniej widzianego przedstawiają się właśnie jako najbardziej zatarte. Druga tablica przedstawia koło z dwoma grubo-znaczonemi średnicami pionowo i poziomo. Prócz tego wpisane są w koło to cienko-linijne współśrodkowe

kwadraty w ten sposób, że przekątnie ich połowią wszystkie cztery między wzmiankowanemi źrenicami zawarte kąty proste. I ta tablica może służyć do oznaczenia położenia głównych osi astygmatyzmu. Wedle przepisów Verhoeffa należy ją obracać w jednym lub drugim kieruku, póki badany astygmatyk obu grubo-linijnych średnic nie ujrzy zatartych w jednakim stopniu. Wtedy osie główne niezborności przebiegają wzdłuż przekątni wpisanych w koło kwadratów.

Związek między chorobami oczu i nosa. (The Relation of the Eye and the Nose). Harry Caldwell Parker (Indianopolis).

Autor streszcza w pracy tej znane i wielokrotnie w prasie okulistycznej powtarzane szczegóły odnoszące się do zależności chorób ocznych od zmian w jamie nosa i w jej zatokach bocznych. Na podniesienie zasługuje przytoczone przez niego spostrzeżenie Haskell'a typowej jaskry jednostronnej, która ustąpiła zupełnie przez usunięcie operacyjne zmian przerostowych w jamie nosa. Autor przypuszcza tutaj związek odruchowy i zaleca w przypadkach jaskry przeprowadzać badanie rynologiczne.

Revue générale d'Ophtalmologie. R. 1908. Nr 3. (Referent K. W. Majewski).

Badanie histologiczne torbiela skrzydlikowego. Kyste sous-ptérygien. Examen histologique). Truc i Bonnet.

Torbiele, występujące wśród tkanki skrzydlika lub pod skrzydlikiem zostały opisane przez Ottowę, Sachsa, Fuchsa, Gallengę, Sammelsohna, Saemischa i Ponceta de Cluny. Były one wszystkie bardzo drobnych rozmiarów. Wedle Fuchsa są one pochodzenia zapalnego. Autorowie spostrzegali w uniwersyteckiej klinice w Montpellier przypadek obustronnego skrzydlika nosowego, *(pterygium nasale)* szczytem prawie środka rogówki sięgającego. Na jednem oku błona skrzydlika była uniesiona przez torbiel wielkości ziarnka grochu, jasną cieczą wypełniony. Po odpreparowaniu i odcięciu skrzydlika wraz z torbielem przypalono zlekka rogówkę odsłoniętą, nazajutrz powstał szary nalot zapalny, który uległ jednak wkrótce wessaniu i operowanego wypuszczono z poprawą wzroku.

Badanie mikroskopowe skrawków ustalonych w płynie Zenkera i barwionych hemateiną i eozyną wykazało zwyczajną budowę

skrzydlika, a w ścianie torbiela tego rodzaju układ warstw, że przypuszczać należało, iż było to raczej wgłobienie spojówki pod błonę skrzydlikową, aniżeli wytworzenie jamy torbielowej w grubości samej błony skrzydlikowej.

Nr 4. *Przybłoniak barwikowy mięska łzowego.* (Epitheliome mélanique de la carencule). Aurand.

Nowotwory mięska łzowego, objęte ogólną nazwą *encanthis* zdarzają się wogóle rzadko. Autor wyciął u 32-letniej kobiety czarny guzek wyrastający z mięska łzowego oka lewego. Badanie mikroskopowe wykazało na poziomym przekroju mięska powierzchowną warstwę przybłonkową, pod nią sieć Malpighie'go, pod nią zaś tkankę obficie unaczynioną i zawierającą liczne nieregularnie rozsiane komórki barwikowe. Tkanka łączna, w której tkwią gruczoły łojowe i cebulki włosowe okazywała również nacieczenie barwikowe. Pod silnem powiększeniem widać, że komórki barwikowe znajdują się także obficie w głębokich, a nawet w średnich warstwach przybłonka brukowego, który uważa autor za punkt wyjścia tkanki nowotworowej. Zdaniem jego nie jest to zatem mięsak, lecz przybłoniak barwikowy, za czem przemawia poniekąd i możliwy wpływ dziedziczności, gdyż matka chorej zmarła na raka macicy.

Nr 5. *Przypadek nadmiarowości wysokiego stopnia z wykonaniem ścisłych pomiarów optycznych.* (Note sur un cas d'hypermétropie forte avec mensurations optiques). Chavasse.

Hypermetropia wrodzona, przekraczająca 10 D zdarza się już bardzo rzadko, hypermetropia zaś przekraczająca 15 D należy do przypadków zgoła wyjątkowych. Autor miał sposobność spostrzegać i poddać szczegółowym pomiarom optycznym przypadek wrodzonej hypermetropii wynoszącej 18 D. U 21-letniego rolnika obydwa oczy zewnętrznie przedstawiały się prawidłowo i nie robiły wrażenia mniejszych niż w stanie normalnym. Wziernikiem także żadnych zmian w ośrodkach łamiących ani na dnie oczu nie można było wykazać. Chory obchodził się bez szkieł, zbliżając tylko do oczu drobne przedmioty podobnie jak to czynią krótkowidze. Bystrość wzroku wynosiła obustronnie $^1/_{45}$. Szkła wypukłe nie dawały żadnej poprawy. Przyrządem Jawala i Schioetza wcale nie można było wykazać niezborności rogówkowej. Zapomocą skiaskopii i badania w obrazie prostym stwierdzono na obu oczach 18,⁰D hypermetropii. Badanie szerokości akomodacyjnej nie dało pewnego wyniku, odnosiło się jednak wrażenie, że oczy nie są zdolne do najmniejszego wysiłku akomodacyi, Ścisłych pomiarów optycznych na oczach tego chorego dokonał Tscherinng w swej pracowni w Sorbonie.

Autor podaje cały szereg liczb, wykazujących różnice w krzywiznach i we współczynnikach załamania w porównaniu z wartościami przeciętnie prawidłowemi. Przypadek ten jest pierwszym, w którym nie ograniczono się do zmierzenia krzywizny rogówkowej, lecz dokonano również szczegółowych pomiarów na soczewce zapomocą oftalmofakometru. Z pomiarów tych wynika, że krzywizna rogówkowa, jakoteż krzywizna przedniej i tylnej powierzchni była o wiele silniejszą niż jest w stanie prawidłowym. Fakt ten zdaje się przemawiać za pewnem pokrewieństwem przypadków wysokiej hypermetropii wrodzonej z przypadkami *mikrophthalmus*, gdzie również z powodu drobnych rozmiarów gałki ocznej promienie tych krzywizn są krótsze, a temsamem krzywizny silniejsze. Autor skłania się raczej do przypuszczenia, że oczy w wysokim stopniu nadmiarowe zbliżają się budową swoją do typu oka noworodka, lub też, że wzmożenie krzywizn łamiących należy uważać za pewien rodzaj przystosowania, mającego zrównoważyć nadmierne skrócenie przednio-tylnego wymiaru gałki ocznej. Autor przypomina jednak teoryę Dondersa podtrzymywaną we Francyi przez Landolta, wedle której hypermetropia jest wyrazem pewnego zatrzymania w rozwoju gałki ocznej i to równomiernie wszystkich jej części składowych.

O zastosowaniu zimna i ciepła w lecznictwie okulistycznem. (De l'emploi du froid et du chaud en thérapeutique oculaire). Bonsignorio.

Zastosowanie zimnych jakoteż ciepłych, względnie gorących okładów w medycynie jest bardzo rozpowszechnione, wskazania jednak do nich inne są w ogólnej medycynie, a inne w specyalnem lecznictwie okulistycznem. Gdy chodzi o ropień powierzchowny lub furunkuł na ręku lub na nodze, gorące kataplazmy przyspieszające dojrzenie i pęknięcie ropnego ogniska, przyspiesza tylko korzystne zagojenie się sprawy, a w żadnym razie nie szkodzi. O wiele ostrożniejszym trzeba być, gdy chodzi o grożącą lub rozwiniętą już ropną sprawę na rogówce lub w głębi gałki ocznej. Tu przyspieszać ropienie, względnie ułatwiać przebicie ropy na zewnątrz byłoby, zdaniem autorki, wielkim błędem, może bowiem sprowadzić zmiany za sobą, jak upośledzenie lub utratę wzroku, a nawet zniszczenie gałki. Wychodząc z takiego rozumowania, zaleca autorka okłady zimne we wielu przypadkach, w których okuliści prawie bez wyjątku, a zdaniem jej bezkrytycznie stosują ciepło. Przy wrzodach rogówkowych mają, wedle autorki, gorące okłady sprowadzać rozpulchnienie i obrzmienie tkanek, otaczających rogówkę i utrudniać w ten sposób odżywienie tejże, przez co przyczyniają się pośrednio do szerzenia się sprawy ropnej. Taksamo

przestrzega przed gorącemi okładami w przypadkach rozlanej *chorioiditis*, która mogłaby pod ich wpływem przejść w *panophthalmitis*. Ciepło wskazane jest przedewszystkiem w szeregu cierpień ocznych wywołanych *a frigore*, który to czynnik nie może być jak dotąd wyrugowany z naszych pojęć o etyologii chorób, a zatem w pewnych przypadkach zapalenia tęczówki, w zapaleniach nerwu wzrokowego a także przy powikłaniach ocznych w przebiegu grypy. Tu należą także cierpienia oczne zależne od pobytu w mieszkaniach wilgotnych, źle oświetlonych, więzieniach, podziemiach etc. Wreszcie korzystnie działają ciepłe okłady we wszystkich zmianach ocznych, o których z góry wiemy, że do ropienia nie prowadzą, a gdzie zależy wielce na przyspieszeniu wessania patologicznych wytworów zapalnych. Zimno, które w wyższym stopniu niż ciepło zmniejsza i koi ból stosuje autorka śmiało we wszystkich sprawach zapalnych, ropnych gałki ocznej, aby przez to ograniczyć i powstrzymać szerzenie się ropnego rozpadu i zapobiedz grożącej *panophthalmitis*.

O sposobie powstania jaskrowego zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego. (Zur Entwicklungsgeschichte der glaucomatösen Exkavation). Schnabel. [Zeitschrift für Augenheilkunde. Tom XIX. Zeszyt 4. Osobna odbitka].

W kwietniu b. r. wygłosił autor w wiedeńskiem Towarzystwie oftalmologicznem wykład o klinicznych objawach powstawania jaskrowego zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego i wykazał zgodność tych objawów z wynikami swych badań anatomicznych na oczach wyjętych, jakie ogłosił w jednej ze swych prac dawniejszych. Wiadomo, że badania owe doprowadziły Dra Schnabla do zupełnie nowych, z dotychczasowymi niezgodnych poglądów na patogenezę jaskrowego zagłębienia tarczy. Henryk Müller postawił teoryę, która przyjmuje wzmożone parcie wśródoczne, jako główny mechaniczny czynnik, prowadzący do dobrzeżnego zagłębienia tarczy. Tymczasem już przed 50-ciu laty Graefe opisał przypadki ślepoty z dobrzeżnem zagłębieniem i zanikiem tarczy nerwu wzrokowego bez żadnych zresztą innych objawów jaskry, a zwłaszcza bez dającego się wykazać wzmożenia napięcia. Mimo tego tę postać chorobową nazwano *glaucoma simplex*. Z przypadkami takiemi spotyka się w swej praktyce każdy okulista i wiadomo, że w tych razach właśnie zdarzają się najgłębsze i najbardziej typowe ekskawacye. Prof. S. na podstawie swych badań mikroskopowych wykazuje, że wyżłobienie tarczy przychodzi do

skutku przez zanik bezrdzennych włókien nerwowych w tarczy nerwu wzrokowego z pozostawieniem niezmienionego zupełnie zrębu *(stroma)* łączno-tkankowego. Wśród przegródek łączno-tkankowych powstają zatem po zanikłych włóknach nerwowych mniejsze lub większe przestwory puste, których ściany stanowią dawne septa. Z biegiem czasu łączno-tkankowe rusztowanie zapada się aż po blaszkę sitową, a naczynia środkowe z rozgałęzieniami pozbawione podpory przesuwają ku jednej ze ścian powstałego w ten sposób wyżłobienia. Blaszka sitowa nie ulega przytem przesunięciu, chyba, że zanik włókien nerwowych doprowadzi do wytworzenia pustych przestworów także poza nią, przez co powstaje przestrzeń, w którą się ona zapada. Przyczyny zaniku włókien nerwowych autor nie objaśnia, podaje tylko liczne reprodukcye preparatów mikroskopowych, na których widać wyraźnie liczne przestwory wśród łączno-tkankowych przegródek powstałe w miejscu zanikłych włókien nerwu wzrokowego.

Spostrzeżenia kliniczne, które autor w Towarzystwie okulistycznem wiedeńskiem przedstawił przemawiają również za tem, że jaskrowe zagłębienie tarczy nie jest mechanicznem następstwem wzmożonego ucisku wśródocznego, oprócz bowiem przypadków dobrzeżnego zagłębienia wytworzonego po ostrym napadzie jaskry spostrzegał autor niejednokrotnie w krótkim czasie wytwarzające się głębokie ekskawacye na oczach, które już po dokonanej iridektomii okazywały napięcie prawidłowe. Zagłębienie takie, pojawiające się dopiero na oku już zapomocą operacyi zupełnie uspokojonem nie pociąga za sobą nowego pogorszenia bystrości wzrokowej, conajwyżej towarzyszy mu znaczniejsze zwężenie granic pola widzenia. Autor wskazuje wreszcie z jednej strony przypadki głębokiego dobrzeżnego zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego na oczach, na których nigdy najstaranniejsze wprawną ręką dokonywane badania nie mogło wykazać wzmożenia ucisku, z drugiej strony przypadki, gdzie mimo długotrwałego wzmożenia napięcia nie można stwierdzić ani śladu ekskawacyi. W ten sposób zbija utarte i powszechnie przyjęte zapatrywanie, że jaskrowe zagłębienie tarczy jest mechanicznem następstwem ucisku *(Druckexcavation).*

K. W. Majewski.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Paryzkie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie z dn. 3-go grudnia 1907.

Chaillous i Pollack: *Lupus erythematodes brzegu powiekowego.*

U 40-letniej kobiety, która od 10 lat już cierpi na schorzenie brzegu powiekowego widać na lewej powiece górnej zmianę polegającą na zaniku skóry połączonej z zabarwieniem różowem. Zmiana skórna otoczona jest zgrubieniem twardem i na dotyk bolesnem. W jej obrębie brak rzęs. Spojówka w miejscu odpowiadającem zmianie skórnej jest silnie przekrwioną, okazuje silne folikuły. Thibierge i Darier uważają cierpienie to za *lupus erythematodes palpebrae* i doradzają zastosowanie szybkozmiennych prądów.

Rochon-Duvigneaud: *Przedstawienie chorej operowanej sposobem Lagrange'a.*

U 50-letniej kobiety wynosiła bystrość wzroku prawego oka $^1/_3$, lewego $^1/_{10}$ przy bardzo zwężonem polu widzenia z powodu jaskry przewlekłej Na lewem oku wykonano operacyę Lagrange'a. W następstwie tej operacyi bystrość wzroku jednak bardziej jeszcze podupadła. Napięcie wśródgałkowe jest raczej obniżone, nawet po atropinie się nie podnosi. Na uwagę zasługuje, że wyraźnego poprzednio zagłębienia tarczy obecnie wcale zauważyć nie można.

Dyskusya: Morax odnosi korzystne wrażenie z operacyi Lagrange'a. W pewnym przypadku, gdzie z powodu tępych nożyczek nie dało się prawidłowo wyciąć kawałka twardówki, powstała mimo tego przesączająca blizna pęcherzykowata, a wynik jeszcze po 6 miesiącach był dobry. Gdy chora dostała raz ostrego nieżytu oskrzeli, któremu towarzyszyła silna *rhinitis* i *conjunctivitis* zarazki względnie ich toksyny dostały się przez wiotką bliznę wgłąb gałki i sprowadziły jej zropienie. Tego rodzaju powikłania mogą się zdarzać przy każdej bliźnie przesączającej, to nie zmniejsza jednak jej wartości jako środka obniżającego trwale ucisk wśródoczny przy jaskrze.

Lapersonne wykonywał wielokrotnie operacyę Lagrange'a, ale nie zachwyca się jej wynikami.

Jocqs krytykuje nadmiernie szeroką irydektomię jakiej wymaga sposób operacyjny Lagrange'a i podnosi ujemny wpływ wypukłonej blizny na krzywiznę rogówkową.

M o n t h u s: *Rak powieki ukrywający się pod postacią gradówki.*

U 82-letniej kobiety powstał w powiece guzek zrośnięty z chrząstką i ze skórą wielkości ziarna grochu. Żadnego owrzodzenia na skórze. Gruczoły nie zajęte. Badanie mikroskopowe wyciętego guzka wykazało utkanie rakowe, złożone z przybłonków brukowych z licznemi ogniskami zrogowacenia. To zrogowacenie oraz obfitość tkanki włóknistej przemawia za mniej złośliwą przyrodą nowotworu.

Dyskusya: T e r s o n. U starych ludzi rak powieki nierzadko zaczyna się podobnie jak gradówka. Stopniowo zrasta się guzek ze skórą, na której wreszcie pojawia się owrzodzenie i naciek.

R e n é O n f r a y i A n d r é W e i l l: *Niedowidzenie histeryczne.*

U 44-letniego mężczyzny wystąpiło obustronnie upośledzenie bystrości wzroku do $^1/_{10}$ i znaczne zwężenie współśrodkowe pola widzenia. Badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych zmian. Drogą suggestyi udało się podnieść bystrość wzroku do stanu prawidłowego, przywrócić polu widzenia prawidłowe granice z tym wyjątkiem, że granice dla barwy czerwonej i niebieskiej zostały przełożone. Chory jest neurastenikiem i od dzieciństwa obawia się ślepoty. Przeciążenie fizyczne pracą w zakładzie kinematograficznym wywołało pierwsze objawy oczne (przemijającą ślepotę). Do spotęgowania objawów nerwowych przyczyniło się mylne rozpoznanie kiły. Podczas badania oczu wystąpił nagle zez, później niedokrewność wywołana przypadkową utratą krwi stała się powodem niedowidzenia, o którem była mowa powyżej i które ustąpiło pod wpływem suggestyi.

M o i s s o n n i e r: *Zapalenie spojówki, wywołane przez zakażenie meningokokami.*

Autor przedstawia 14-letnie dziecko, które przebyło ostre zapalenie spojówki z wrzodem rogówkowym i wypadnięciem tęczówki. Na spojówce chrząstkowej widać było białawe wystające punkciki, w których wykazano diplokokki wśródkomórkowe nie barwiące się G r a m e m i nie rosnące ani na agarze ani na bulionie. Autor uważa je za meningokokki. W leczeniu najskuteczniejszem okazało się pędzlowanie nalewką jodową.

Dyskusya: M o r a x utrzymuje, że znamiona, które M o i s o n n i e r przytoczył nie wystarczają jeszcze, żeby drobnoustroje te uznać za meningokokki, które trudno jest odróżnić od gonokokków.

Gdyby wypadek zaszedł w czasie panującej *meningitis*, przypuszczenie takie miałoby więcej prawdopodobieństwa.

Moissonnier zwraca uwagę, że kokki są raczej postaci okrągławej niż nerkowatej, co je bardziej zbliża do meningokokków, przyznaje jednak, że pewnych dowodów dostarczyć nie może.

Lapersonne: Zdaje sprawę z pracy Joseph'a o związku między *pediculosis capitis* a *keratoconjunctivitis phtyctaenulosa*.

W 30-u przypadkach *keratoconj. phtyctaenulosa* stwierdził Joseph *pediculosis capitis*. Po oczyszczeniu głowy zapalenie oczne szybko ustępowało. Wydaje się, że zachodzi tu coś więcej niż prosty zbieg okoliczności.

Dyskusya: Morax: U chorych radzących się w klinice, *pediculosis capitis* jest nader częsta. Należałoby zatem dla porównania zestawić przypadki *keratoconjunctivitis phtyctaenulosa* bez *pediculosis*, ażeby rozstrzygnąć, czy zachodzi tu jaki przyczynowy związek.

Dubois de Lavigerie: Sprawozdanie z pracy Roche'a o badaniu bystrości wzroku u automobilistów.

Komisya, która zastanawiała się nad wynikami pracy Roche'a przyszła do wniosku, że od prowadzącego samochód wymagać się powinno jako *minimum* bystrości $^2/_{10}$ dla każdego oka bez szkieł i przedewszystkiem prawidłowego pola widzenia.

Dyskusya: Terson kładzie nacisk na konieczność prawidłowego pola widzenia i podnosi, że wielu cyklistów oddaje się swemu sportowi bez niebezpieczeństwa i bez wypadków mimo bardzo słabej bystrości wzroku.

Jocqs twierdzi, że bystrość $^2/_{10}$ należy uważać jako niewystarczające *minimum*. Szkła wyrównawcze choćby najlepszą bystrość dawały nie mogą być dopuszczone do sportu samochodowego zupełnie taksamo, jak w służbie kolejowej i marynarce.

Dupuy-Dutemps: *Zmiany oczne w przypadku rodzinnego idyotyzmu ze ślepotą.*

Powyższe cierpienie, które niemal wyłącznie spotyka się u żydów (61 razy na 68 przypadków), nie było dotąd we Francyi opisane. Choroba rozpoczyna się w pierwszym roku życia. Dziecko idyocieje, traci wzrok i dostaje porażeń. Śmierć przychodzi w 2-m lub 3-m roku życia wskutek wycieńczenia.

Albert i Dubois: Na posiedzeniu paryzkiego Towarzystwa pedyatrycznego przedstawili pierwszy przypadek podobny u 11-mie-

sięcznej dziewczynki. Dubois-Dutemps przedstawia rysunki zmian na dnie oka. W okolicy plamki żółtej widać kredowo-białą plamę z ciemno-czerwonym punktem w środku. Objaw ten stwierdzony już przez Tay'a występuje we wszystkich przypadkach i jest dla choroby znamiennym. Nakoniec przychodzi do zaniku nerwu wzrokowego.

Holden przeprowadził badania anatomo-patologiczne, które wykazały, że komórki zwojowe siatkówki jakoteż kory mózgowej ulegają zmianom degeneracyjnym. W okolicy plamki żółtej leżą komórki zwojowe w 10 lub 20 warstwach. Gdy cały ten wielowarstwowy pokład komórek ulegnie zmętnieniu, wtedy czerwona barwa naczyniówki nie przebija więcej i badanie wziernikiem wykazuje biały lub białawy pierścień. W środku plamki żółtej niema, jak wiadomo, warstwy komórek zwojowych, tkanka zatem w tem miejscu zachowuje swą przezroczystość, a temsamem przebija czerwona barwa naczyniówki, a przez kontrast z otoczeniem wydaje się czerwieńszą niż jest w istocie.

Posiedzenie z dnia 14-go stycznia 1908.

Chevallereau: *Rzekoma (udana) conjunctivitis tuberculosa.*

Mowca podaje opis przypadku, odnoszącego się do wysoce nerwowej 18-letniej panny, u której na spojówce gałki prawego oka widać było zmianę łudząco podobną do gruźliczego zapalenia spojówki. Tymczasem ani badanie stanu ogólnego, ani anamneza, ani badanie mikroskopowe ani bakteryologiczne nie przemawiały wcale za gruźlicą, natomiast próba Calmette'a na oku drugiem dała wynik dodatni. Dopiero po 3 miesiącach bezskutecznego leczenia wykryło się, że dziewczyna z rozmysłu przez pocieranie podtrzymuje na oku zmianę, aby o ile możności przeciągnąć leczenie. Dopiero gdy wdrożono leczenie sprawiające znaczne bóle zaprzestała drażnić oko, poczem cierpienie samo ustąpiło.

Dyskusya: Péchin przytacza dwa przypadki rzekomej pęcherzycy powiek u histeryczek, które sobie to cierpienie same sztucznie wywoływały.

Polack: *Utrata poczucia światła plamki żółtej wskutek miejscowego zaburzenia krążenia z utrzymaniem wrażliwości we foveacentralis.*

U 32-letniego człowieka istnieje od lat 8-u na prawem oku szczególna zmiana wzroku. Oko to czyta na odległość 5 metrów całą tablicę Snellena, nie jest jednak w stanie policzyć palcy dalej jak na $^1/_2$ m. Sprzeczność ta ujawnia się pewnego rodzaju

ubytkiem środkowym w polu widzenia. *Scotoma centrale* zajmuje całą plamkę żółtą z wyjątkiem małej punkcikowatej cząstki siatkówki w samem środku *foveae centralis.* W tym środkowym punkcie siatkówki poczucie barw i bystrość wzroku są zupełnie prawidłowe. Wziernik wykazuje brak drobnych naczyń siatkówkowych w obrębie *macula lutea. Arteria maculopapillaris* jest niezmiernie cienka nitkowata i nie tworzy żadnych bocznych rozgałęzień. Powstanie zaburzenia wzroku miała poprzedzić influenza, zapewne wśród lub po influenzy przyszło do *neuritis retrobulbaris*, przyczem ucierpiały naczynia siatkówkowe. Że ocalał sam środek *foveae centralis* tłumaczy mówca tem, że część ta nie jest zaopatrzona rozgałęzieniami tętnicy siatkówkowej, lecz pobiera odżywienie od *choriocapillaris.*

Dyskusya: Morax powątpiewa w słuszność tego tłumaczenia. Gdyby środek plamki żółtej zależał w swem odżywieniu wyłącznie od naczyń *choriocapillaris*, jakby wtedy można zrozumieć zupełną ślepotę przy zaczopowaniu tętnicy środkowej.

Dubois de Lavigerie: *Samoistne zwichnięcie gałki ocznej.*

Zwichnięcie gałki w przypadku tym powstało przed 5-u laty laty i powtarzało się następnie samoistnie raz lub dwa razy do roku. Od 3 tygodni powtarza się jednak prawie co noc, a czasem nawet 2 lub 3 razy w ciągu nocy, zawsze wśród gwałtownych bólów. Chory odprowadza sam sobie gałkę i usypia znowu, ale po kilku godzinach zwichnięcie powraca i ból budzi go znowu. Chory ma lat 52 i przechodził kiłę w młodości, okazuje wyraźną miażdżycę. Żylaków u niego nigdzie nie można zauważyć. Przyczyna samoistnego zwichnięcia powracającego jest zupełnie niejasną. Chory ma silną rozedmę, a w ostatnich czasach bardzo utył.

Cantonnet: *Zbiór objawów ocznych ze strony nerwu współczulnego jako jedyna kliniczna oznaka tętniaka tętnicy głównej.*

U 51 letniego człowieka, cierpiącego na niedowidzenie z powodu nadużywania alkoholu stwierdził autor po lewej stronie zwężenie źrenicy, mierny *enophthalmus* i wzmożone pocenie się lewej strony twarzy. Badanie kliniczne narządów wewnętrznych żadnych zmian nie wykazało, dopiero przy prześwieceniu promieniami Roentgena stwierdzono wrzecionowate rozdęcie łuku aorty. Zbiór objawów ze strony nerwu współczulnego nie jest w tym wypadku zupełnym, brak im mianowicie opadnięcia powieki górnej i hypotomii, nadto zamiast spodziewanego osłabienia wydzielania potu, zachodzi pocenie się wzmożone.

Dyskusya: Rochon-Duvigneaud zauważył u przedstawionego chorego brak oddziaływania na światło zwężonej źrenicy. Zwyczajnie przy miozie spowodowanej uciskiem na nerw współczulny odczyn na światło bywa utrzymany.

Haas i Joseph. *Niezupełnie rozwinięta choroba Mikulicza, połączona z iridochorioiditis.*

Autorowie przedstawiają 15-letniego chłopca, źle rozwiniętego, jak się zdaje, dziedzicznie obciążonego gruźlicą. Gruczoły ślinowe, podszczękowe, podjęzykowe i przyuszne, powiększone twarde i niebolesne. Gruczoły łzowe bez zmian. Zajęcie ślinianek istnieje już od 9-u miesięcy i przebiega bez objawów zapalnych. Jest to zatem niezupełna postać choroby Mikulicza. Oprócz tego na obu oczach okazuje chory *iridochorioiditis*, która doprowadziła do zaćmień rogówki i ciała szklistego. Na obu tęczówkach utwory przypominające kilaki. Gruczoły chłonne niepowiększone. Krew bez zmian.

Lagrange: *Skleroirydektomia i blizna przesączająca przy leczeniu przewlekłej jaskry.*

Mowca zaleca podaną przez siebie operacyę polegającą na połączeniu irydektomii z wycięciem kawałka twardówki. Przy małem wzmożeniu ucisku wśródocznego powstaje po tej operacyi zwyczajna blizna przesączająca wskutek zcieńczenia twardówki. Jeśli ucisk jest bardziej wzmożony wytwarza się przetoka podspojówkowa. Przy bardzo wzmożonem napięciu powstaje wypuklona blizna pęcherzykowa. We wszystkich trzech rodzajach blizny uzyskuje się napewne trwałe obniżenie ucisku wśródocznego. Nie potrzeba wycinać dużego kawałka twardówki, bo, jak z powyższego wynika rodzaj blizny nie od tego zależy, lecz od stopnia napięcia gałki przed operacyą. Blizna twardówkowa jest w zupełności pokryta spojówką, dlatego L. nie rozumie dlaczego niektórzy obawiają się późniejszego zakażenia.

U pewnej 62-letniej kobiety, która na lewem oku straciła zupełnie wzrok skutkiem jaskry przewlekłej, a na prawem oku miała już dobrzeżne zagłębienie tarczy, zwężenie pola widzenia i lekkie wzmożenie ucisku, wykonał autor w lipcu 1905 na prawem oku skleroirydektomię z wytworzeniem prawidłowej blizny przesączającej. Obecnie po 3-ch prawie latach bystrość wzroku ($^9/_{10}$) utrzymuje się bez zmiany, oko nie jest wcale twarde, a pole widzenia nawet nieco szersze niż dawniej.

Przy starannem wykonaniu operacyi nie należy się obawiać znaczniejszego stopnia niezborności rogówkowej. Samo odcięcie powierzchownych warstw twardówki, które zaleca Bettremieux

nie wystarcza, bo zamiast blizny przesączającej daje garbiak twardówkowy, co jaskry w żadnym razie nie usuwa. Natomiast można wykonać sklerektomię bez irydektomii. W 2-ch przypadkach uzyskał L. po takim uproszczonym zabiegu bardzo korzystne wyniki.

Uribe y Troncoso (Meksyko) okazuje sztuczne oko do ćwiczeń w skiaskopii i miarę metrową do mierzenia niskich stopni bystrości wzroku.

Uribe y Troncoso: *Przyczynek do patogenezy jaskry.*

Mowca wykonał w 6-u przypadkach przewlekłej jaskry zapalnej chemiczny rozbiór cieczy wodnej. Zawartość białka była wzmożoną. Ilość chlorku sodu prawidłowa, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym była również silnie zwiększoną. Na podstawie tych danych rozwija autor swe poglądy co do powstania jaskry i stara się wytłumaczyć na czem polega skuteczność irydektomii.

[Według Ophtalm. Klinik]. *K. W. Majewski.*

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Werncke habilitował się w Odessie.

Dr Bolesław Gepner naczelny lekarz instytutu oftalm. w Warszawie obchodził 50-lecie pracy zawodowej, a w dn. 24-go z. m. wręczono jubilatowi na pamiątkę piękny medal staraniem kolegów i uczni wybity.

V. ROZMAITOŚCI.

Zjazd tow. okulistycznego w Heidelbergu odbędzie się w tym roku w dniach 5, 6 i 7-m sierpnia.

VI. OD REDAKCYI.

Panów Referentów uprasza się o regularne nadsyłanie streszczeń czasopism wedle przyjętych zobowiązań.